



UNIVERSIDAD **EL BOSQUE**

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

Vigilada Mineducación

## ***Acta de calificación y aprobación de trabajo de grado***

*Los suscritos Directores de la División de Postgrados y el programa académico, con base en los criterios científicos, metodológicos y éticos que se han establecido para tal efecto y después de haber oído el concepto de los respectivos evaluadores asignados para calificar el trabajo de grado:*

### ***“SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA DE COLOMBIA”***

Presentado como requisito por las estudiantes:

***ERIKA LIZETH AVILA COCA***  
***GINNA PAOLA QUINTANA MARTÍNEZ***

Para optar el título de:

***MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA***

Deciden asignar la calificación final de:

***MERITORIO***

Firmado en Bogotá D.C. el 3 de julio de 2019.

***Juan Carlos Sánchez P.***  
*Director*  
*División de Postgrados*

***Hugo Cárdenas López***  
*Decano*  
*Facultad de Medicina*

***Chantal Aristizábal Tobler***  
*Jurado*

***Carolina Gutiérrez López***  
*Tutor*



**SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA  
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA DE COLOMBIA**

**GINNA PAOLA QUINTANA MARTÍNEZ**

**ERIKA LIZETH AVILA COCA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DIVISIÓN DE POSGRADOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2019**

**SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA  
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA DE COLOMBIA**

**Trabajo de Grado para optar al título de  
Magister en Salud Pública**

**Ginna Paola Quintana Martínez:**

Profesional en Fisioterapia - Especialista en Epidemiología

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

Celular: 311 853 55 66

Correo electrónico: [ginna.quintana@unbosque.edu.co](mailto:ginna.quintana@unbosque.edu.co)

**Erika Lizeth Ávila Coca:**

Profesional en Terapia Respiratoria

Celular: 311 228 54 50

Correo electrónico: [eavilac@unbosque.edu.co](mailto:eavilac@unbosque.edu.co)

**Asesor:**

**Carolina Gutiérrez López:**

Doctora en Salud Pública - Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad el  
Bosque.

Celular: 319 342 25 75

Correo electrónico: [cgutierrezlo@unbosque.edu.co](mailto:cgutierrezlo@unbosque.edu.co)

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DIVISIÓN DE POSGRADOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**BOGOTÁ D.C.**

# SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA MEDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA DE COLOMBIA

---

---

## RESUMEN

---

---

La violencia obstétrica constituye un tipo de violencia de género, caracterizado por presentarse en el contexto de las prácticas institucionales de atención en el sistema de salud(1); de otro lado, las prácticas médicas o *habitus médico* están constituidas por la formación académica y por la práctica médica en los hospitales, sin embargo, en la actualidad los médicos han perdido autonomía en sus decisiones y prácticas médicas debido a limitantes del sistema de salud que se relacionan con la disponibilidad para ejercer con suficiencia de recursos económicos, humanos y estructurales (2)

Objetivos. Analizar los significados de las prácticas positivas de atención del parto en Colombia para los profesionales en medicina ginecológica, desde sus experiencias y prácticas en relación con las categorías propuestas en las “Recomendaciones de cuidado durante el parto para una experiencia de parto positiva, establecidas por la OMS en el año 2018”.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo cuyo trabajo de campo incluyó entrevistas a profundidad a un grupo de médicos especialistas en ginecología sobre su experiencia en la atención de partos en diferentes IPS en Colombia.

Resultados. Los participantes (n=6), todos con experiencia clínica en su especialidad mayor a dos años, se caracterizaron como egresados de posgrado en diversas escuelas de medicina (66,6 % universidades privadas) en Colombia, y adicionalmente el 50 % (n = 3) informaron haber realizado sus estudios como subespecialistas en ginecología en el exterior. El análisis de las entrevistas en profundidad especialmente con aquellos que trabajan en instituciones públicas, reveló que los médicos especialistas en ginecología 1) enfrentan dificultades para dar cumplimiento a las prácticas estandarizadas por la OMS en tanto el contexto específico de trabajo en el cual desarrollan su profesión como especialistas se restringe a las condiciones

estructurales de las instituciones , 2) adicionalmente considera que la lectura de todas las prácticas médicas para la atención del parto como una manifestación de la violencia de género, es una situación que debe ser analizada desde una perspectiva en la que se contemple la ausencia de la intencionalidad de hacer daño y la necesidad de decidir bajo la cual ha sido entrenado el personal médico desde la academia para tomar el control en diferentes situaciones con el fin de preservar la vida, y 3) aún cuando es necesario mejorar algunos aspectos en la atención del parto de manera general por parte de las personas que trabajan en los servicios de atención a gestantes; también se requiere generar un proceso de educación para la familia gestante y para las mujeres, a fin de poder definir claramente sus expectativas frente al parto como un suceso natural que es atendido mayormente en Colombia dentro del contexto intramural.

Conclusiones. Como parte de las estrategias efectivas en salud para lograr mejores resultados en los procesos de implementación de las prácticas positivas de atención del parto con base en las indicaciones de la OMS, se requiere identificar las limitaciones existentes en el marco del SGSSS, que se hace necesario intervenir para implementar la humanización efectiva del parto; así como los cambios que se deben surtir desde el proceso de educación en las academias de salud (pregrado y posgrado) para fortalecer las competencias de comunicación con los usuarios como pilar fundamental de la atención en salud y el conocimiento que también debe ser fomentado en las gestantes y sus familias como usuarios de los servicios en el marco del SGSSS.

Palabras clave y DeCs: Género, Parto humanizado, Violencia sexual, Prácticas, Experiencias, Significado. (3)

## CONTENIDO

---

SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA MEDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA DE COLOMBIA.....	3
RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. El parto un evento de interés para la sociedad a partir del respeto del género y del sexo	11
3.2. La atención del parto por el personal médico especializado en salud .....	14
3.3. El parto humanizado y su relación con la violencia obstétrica .....	18
3.4. Antecedentes de la implementación de prácticas positivas para la atención del parto en Latinoamérica a través del concepto de parto humanizado: .....	21
3.5. El Sistema General de Seguridad Social en Salud como contexto de las experiencias y de las prácticas para la atención del parto .....	24
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
4.1. Tipo de Estudio: .....	28
4.2. Población y Muestra: .....	29
4.2.1. Población: .....	29
4.2.2. Muestra: .....	29
4.2.3. Tipo de Muestreo.....	29
4.3. Instrumentos: .....	30
4.4. Plan de análisis: .....	30
4.4.1. Consideraciones éticas .....	32
5. RESULTADOS:.....	33
5.1. IDENTIFICACIÓN DE UNIDADES, CATEGORÍAS Y PATRONES.....	33
5.2. Generalidades de las entrevistas e INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES entrevistados.....	34
5.3. Construcción de las PRÁCTICAS en salud en torno a la atención del parto .....	36
5.3.1. PRÁCTICAS - Parto humanizado y violencia .....	36
5.3.2. PRÁCTICAS - Educación .....	38
5.3.3. PRÁCTICAS – Sistema general de seguridad social en salud .....	39
5.4. Constitución de las EXPERIENCIAS.....	41

5.4.1.	<i>EXPERIENCIAS - Parto humanizado y violencia</i> .....	41
5.4.2.	<i>EXPERIENCIAS - Educación</i> .....	43
5.4.3.	<i>EXPERIENCIAS - Sistema general de seguridad social en salud</i> .....	44
5.5.	<b>SIGNIFICADOS Parto Humanizado y violencia obstétrica</b> .....	47
5.5.1.	<i>SIGNIFICADOS - Parto humanizado y violencia</i> .....	47
1.1.1.	<i>SIGNIFICADOS - Educación</i> .....	49
1.1.2.	<i>SIGNIFICADOS - Sistema general de seguridad social en salud</i> .....	50
6.	<b>DISCUSIÓN CON BASE EN LA TRIANGULACIÓN</b> .....	51
7.	<b>CONCLUSIONES:</b> .....	55
8.	<b>RECOMENDACIONES:</b> .....	57
9.	<b>REFERENCIAS</b> .....	59
	<b>ANEXO 1</b> .....	66
	<b>ANEXO 2</b> .....	72

## 1. INTRODUCCIÓN

---

Las prácticas de atención del parto bajo el enfoque de humanización como búsqueda de la materialización de la Ruta materno-perinatal en Colombia, se articula desde la perspectiva internacional con los instrumentos presentados durante los últimos 20 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de los cuales se reconoce la mayor carga de enfermedad y muerte de las mujeres a lo largo de la historia: *Iniciativa mundial para la maternidad sin riesgos (OMS, 1999)*, *la Estrategia mundial en salud sexual y reproductiva (OMS, 2004)* y *la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030 (OMS, 2016)*. En dichos instrumentos se definen las necesidades de la mujer como prioridades y compromisos para la acción pública conjunta, de cara a avanzar en el goce efectivo, progresivo y universal de sus derechos, dentro de los cuales se incluyen los siguientes:

- Prestar asistencia calificada de la atención prenatal, natal y postnatal.
- Garantizar el acceso a servicios especializados para las complicaciones obstétricas.
- Eliminar la violencia basada en género y promover la equidad de géneros.
- Promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, proferida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993, define que *“todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”* se constituye violencia contra la mujer.(4)

En relación con lo anterior, la violencia obstétrica constituye un tipo de violencia de género, caracterizado por presentarse en el contexto de las prácticas institucionales de atención en el sistema de salud, principalmente evidenciado en la literatura a través de los estudios realizados con base en las experiencias de mujeres durante los procesos de embarazo, parto y posparto, en diferentes partes del mundo.(1)

En cumplimiento de lo dispuesto por la normatividad en salud diseñada por el ámbito nacional, desde Colombia la implementación de la atención humanizada del parto como parte de la Ruta materno-perinatal, es una oportunidad para la operativización de la Agenda

Internacional de Desarrollo Sostenible 2030 en América Latina y el Caribe (5), como aporte a la gestión frente a las siguientes metas:

- “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles”.(6)

Tomando como fundamentación el aumento sustancial de la aplicación de prácticas laborales de intervención por parte del personal de la salud frente a la atención del proceso fisiológico del parto, la OMS publica en el año 2018 las “*Recomendaciones sobre atención intraparto para una experiencia positiva de parto*” (7), con el objetivo de fijar estándares y reducir las intervenciones médicas innecesarias.

Considerando que la medicalización de los procesos de atención a la gestante, tienden a minar la propia capacidad de la mujer de dar a luz, además de afectar negativamente su experiencia, la guía 2018 de recomendaciones de atención intraparto de la OMS reconoce la importancia de una "experiencia positiva" como un punto final significativo para todas las mujeres que se someten al trabajo de parto. Se generan 56 recomendaciones, 26 de ellas complementarias y 30 integradas de las directrices internacionales actualizadas en el año 2018, dentro de las cuales se cuentan : (i) atención respetuosa de la maternidad, (ii) comunicación efectiva acompañamiento entre el personal de salud y la mujeres en trabajo de parto , (iii) acompañamiento antes durante y después del parto,(iv) continuidad de la atención , (v) libertad de movimiento y posición durante y posición durante el trabajo de parto, (vi) no hacer episiotomía de rutina, (vii) no hacer rasurado y enema de rutina, (viii) no hacer monitoreo fetal electrónico de rutina,(ix) permitir la toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto ,(x) restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia, (xi) limitar la cesárea a un porcentaje entre del 10 al 15% del total de los partos, (xii) respetar el derecho de la privacidad en el lugar del parto, (xiii) apoyo a la mujeres durante el parto por el personal de salud, (xvi) contacto piel a piel materna y recién nacido.(7)

De igual manera la OMS, en concordancia con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), publica para el año 2018 un documento resumen de la orientación de las “*Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*” (8) con el propósito de transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Dentro de las orientaciones establecidas, se cuenta con la representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto (ver gráfica 1), en el cual se reconoce la importancia tanto de los recursos físicos esenciales, como del personal competente y motivado, además de nueve (9) categorías dentro de las cuales se agrupan las recomendaciones para los cuidados durante el parto.

GRÁFICO 1. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL MODELO DE CUIDADOS DURANTE EL PARTO DE LA OMS



Fuente: Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva – resumen de la orientación, 2018

## 2. OBJETIVOS

---

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

---

Analizar los significados de las prácticas positivas de atención del parto en Colombia para los profesionales en medicina ginecológica, considerando sus experiencias y prácticas en relación con los criterios de cuidado establecidos por la OMS.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---

- Describir las experiencias de los médicos ginecólogos relacionadas con la atención del parto.
- Caracterizar las prácticas reportadas por médicos ginecólogos que desde su experiencia pueden relacionarse con la atención del parto según las recomendaciones generales de la OMS.
- Identificar los significados de las prácticas positivas para la atención del parto en un grupo de médicos especialistas en ginecología de Colombia.

### 3. MARCO TEÓRICO

---

#### 3.1. EL PARTO UN EVENTO DE INTERÉS PARA LA SOCIEDAD A PARTIR DEL RESPETO DEL GÉNERO Y DEL SEXO

---

Según Joan Scott el género es un elemento constitutivo de las relaciones que surgen a partir de las diferencias que distinguen los sexos y comprende cuatro elementos interrelacionados que contemplan la dimensión simbólica, la dimensión social y la dimensión individual: 1) los *símbolos y mitos* culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples 2) los *conceptos normativos* que manifiestan las representaciones de los significados de los símbolos y que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino, 3) *las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género*: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política y 4) *la identidad subjetiva de género*. (9)

En este sentido, se observa cómo actualmente las experiencias del embarazo y del parto en la mujer como procesos biológicos naturales, se hacen a su vez constitutivos de diversos estudios con enfoque de género, a partir de los cuales se analiza la existencia de una relación entre la diferencia biológica que a su vez determina los papeles sexuales y la desigualdad social que implica el hecho de ser mujer en los diferentes contextos de la vida cotidiana. (10)

No obstante, el origen del concepto de género y su distinción del concepto de sexo, se relaciona con las investigaciones realizadas por el psiquiatra Robert Stoller, frente a casos de niños y niñas con asignación de sexo diferente al de su carga biológica, hormonal y genética, a partir de lo cual se concluye que es la asignación del rol la que mayormente establece la identidad de género más que la biología misma. De esta

manera, relaciona al sexo con lo biológico (hormonas, genes, sistema nervioso, morfología) y al género con la cultura (psicología, sociología).(11)

Considerando que desde hace un par de años, Colombia se encuentra en la etapa inicial de un proceso hacia la paz, la sociedad requiere un desarrollo más democrático y equitativo en conjunto que demanda la eliminación en la discriminación de trato contra cualquier grupo de la sociedad. Para el caso específico de las mujeres colombianas, se evidencia la priorización del gobierno nacional y de las diferentes entidades territoriales para el diseño de una serie de políticas centradas en la diversidad de las condiciones culturales, económicas y sociales que favorecen el proceso de discriminación femenina. Es así como situaciones diferentes a la biología, más cercanas a los aprendizajes de origen social y a las ideas de algunos grupos, terminan entrelazadas con el concepto de género.(12)

Es posible observar que aun cuando la igualdad entre hombres y mujeres se describe dentro del texto de la Constitución Colombiana desde 1991, se debe reconocer que en una sociedad con tantas inequidades, existe entonces una tendencia cultural a repetir lo mismo en las diferentes instancias que la conforman. Es por ello, que las propuestas normativas para la igualdad no son garantes de la misma, en tanto la diferenciación tan marcada de los roles de los hombres y de las mujeres del país, en el contexto de la familia y también de los diferentes grupos sociales de su entorno, traen consigo consecuencias que dificultan una propuesta de equidad en términos de lo concreto de los roles en torno a la anticoncepción, la libertad en el ejercicio de los derechos sexuales, la decisión sobre la maternidad y la paternidad, el cuidado del embarazo, el acompañamiento durante el parto, la crianza de los menores y la realización de los oficios del hogar. (13)

Existen diversas presunciones históricamente arraigadas frente a las mujeres, respecto de la “debilidad en el aspecto físico”, a su “obligación natural de asumir el parto con dolor” a su “rol único dentro de un modelo idealizado del concepto de la

familia" y también frente a su "total estado de vulnerabilidad durante el embarazo y el parto" que en realidad obedece más a los cambios fisiológicos y a las necesidades que se generan en el cuerpo de cada mujer en relación a los mismos. Es con base en todas estas ideas que durante años se ha realizado la justificación de las medidas de "protección" a las mujeres, aún cuando algunas de estas acciones han podido generar discriminación respecto de las condiciones del género masculino, lo que su vez se traduce en salarios inferiores y posibilidades reducidas de promoción y acceso a diferentes actividades que se consideran como poco propias de su naturaleza femenina. (14)

Es a partir de este punto en el que debe entenderse que la discriminación de las mujeres se produce de manera individual y colectiva, deliberada e inconsciente frente a eventos como el embarazo y el parto, como eventos que se asumen directamente con la responsabilidad única de las mujeres, como idea tejida en las costumbres y la tradición de las diferentes sociedades que incluso trascienden a las fronteras del país. (15)

Bajo este entendido, se hace necesario entender que el parto requiere ser visto como una situación independiente del género, que merece el interés y la responsabilidad efectiva como sociedad, en tanto el entendimiento de las prácticas individuales y colectivas para su atención, se producen de manera deliberada a partir de las tradiciones y de las costumbres que hacen parte de la familia y también de los grupos sociales que a su vez hacen parte de las instituciones. (16)

### 3.2. LA ATENCIÓN DEL PARTO POR EL PERSONAL MÉDICO ESPECIALIZADO EN SALUD

---

La definición general del concepto de *buenas prácticas* adoptado por la Organización Mundial de la Salud, en el marco del contexto de la Promoción de la Salud hace referencia a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado en un contexto concreto. (17)

En sentido con lo anterior, se entiende entonces que las prácticas médicas más conocidas como el *habitus médico*, son constituidas tanto por la formación académica en las facultades de medicina, como por la práctica médica en los hospitales. Sin embargo, en la actualidad los médicos han perdido autonomía en sus decisiones y prácticas médicas debido a limitantes del sistema de salud que se relacionan con la disponibilidad para ejercer con suficiencia de recursos económicos, humanos y estructurales, porque la medicina se ha mercantilizado priorizando así los ingresos económicos respecto de la atención para el paciente. (2)

La transformación del actuar médico ha sido cuestionada por la sociedad respecto de elementos como los tiempos de consulta, los tratamientos a seguir y la comunicación con los pacientes; dichos factores condicionados mayormente por la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud y la contraprestación económica impuesta en el mercado.(18)

Es así como la comunicación médico - paciente no es adecuada, en tanto al valorar las circunstancias generales en la que se realiza la práctica médica, esto no constituye un factor fundamental para el ejercicio de sus actividades, por lo que en términos de facilitar el ejercicio de sus capacidades los profesionales en salud en términos generales optan por acudir al desarrollo conjunto de predisposiciones autoritarias. Debe entenderse además que lo importante para los médicos es llegar a un

diagnóstico y tratamiento adecuado, lo que naturalmente les predispone a brindar poca información y que la relación sea lejana, además de utilizar siempre un lenguaje técnico de manera sistemática. Un factor adicional que determina el proceso de comunicación se relaciona con el lugar de trabajo, el tiempo de consulta y el alto volumen de usuarios a cargo del profesional en medicina. (2)

Así mismo, en el contexto de la práctica médica para la atención del usuario se desarrolla lo que se denomina como relación médico - paciente, en la cual el profesional en medicina también encuentra condicionada su autonomía sobre la toma de decisiones debido a un cambio del modelo paternalista hacia un modelo en que la responsabilidad sobre las decisiones es compartida. Para explicar esto, se debe iniciar por entender que anteriormente los pacientes sólo obedecían a sus médicos y aceptaban todos los procedimientos; sin embargo en la actualidad la participación del paciente es más activa y por tanto las decisiones en torno a su cuerpo y salud, tal como sucede en el contexto de la atención del parto, ya no son solamente médicas con base en el fomento de que la práctica de procedimientos e intervenciones se desarrolle dentro de acuerdos con el paciente. No obstante, los tiempos asignados en el sistema de salud para las consultas o procedimientos, resultan insuficientes para resolver las inquietudes de los usuarios que son atendidos, lo que hace que en un mayor número de oportunidades no se logre una adecuada comunicación entre las partes. (19)

De esta forma, la calidad en la atención para el desarrollo de las prácticas médicas dentro de las cuales se incluye la atención del parto, presentan dificultades. Los médicos son juzgados por sus pacientes porque aún cuando los profesionales hayan tenido un desempeño adecuado, no siempre se alcanza un nivel de satisfacción del paciente por causas como las demoras en los tiempos de atención y la ausencia de buena comunicación. Las prácticas médicas en los servicios de atención, están así limitadas por una diversidad de restricciones impuestas por el sistema, sin embargo, los más directamente juzgados por la sociedad a pesar de las demás fallas existentes, son los profesionales encargados de la atención médica. Bajo este contexto, se hace necesario tomar en cuenta que en una adecuada práctica médica no solo interviene el médico, sino también todo el sistema de salud, la educación médica, la sociedad y los individuos que son atendidos y la comunicación médico- paciente, entre otras. (18)

En Colombia, las prácticas en salud que se consideran como aconsejables y por tanto “positivas” para la atención del parto se relacionan directamente con el “Proyecto de ley no. 063 de 2017 del Congreso de la República de Colombia”, por medio del cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones. En esta propuesta normativa, se define que la implementación de prácticas orientadas a la promoción del trabajo de parto, el parto y el posparto, corresponde a las experiencias positivas para las madres, indistintamente del lugar donde se desarrolle el nacimiento, aumentando la libertad de decisión, la consciencia y el respeto de los valores, creencias y sentimientos que la mujer tiene sobre este proceso; reduciendo las intervenciones innecesarias sistematizadas y la medicalización excesiva, promoviendo el trato individualizado y seguro en función de las necesidades de cada mujer y de su hijo, con base en la evidencia científica. (20)

En ese sentido, deberá entenderse para efectos de la presente investigación, que las buenas prácticas para la atención del parto se relacionan directamente con el concepto de parto humanizado, que a su vez corresponde a la implementación de todas aquellas prácticas coincidentes con las recomendaciones de la OMS en relación al parto desde 1985 hasta el 2018, que se resumen en las nueve (9) categorías del Modelo de Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva del 2018: (8,21,22).

1. Trabajo de parto respetuoso y atención durante el parto: Atención organizada manteniendo la dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
2. Comunicación efectiva de parte del personal: Uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
3. Apoyo emocional de un acompañante de su elección: El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
4. Vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos auditoria y comentarios: Monitorización fetal y auscultación intermitente según

indicaciones para identificar probabilidades de desarrollar complicaciones intraparto.

5. Ingesta de líquidos y alimentos por vía oral: para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
6. Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto: se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo
7. Plan de derivación establecido: Manejo de criterios de remisión según necesidad de las mujeres.
8. Estrategias para el alivio del dolor: Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. Los opioides de administración parenteral, técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas, masajes o aplicación de compresas tibias, que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.
9. Continuidad de la atención: Consistente en el apoyo de una partera conocida, una auxiliar, o un médico que ha atendido a la mujer a lo largo del continuo de los servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – Se recomienda para las embarazadas de entornos en los que existen programas de atención integral eficaces.

### 3.3. EL PARTO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

---

Según la definición de Blúmer en 1992, el significado es la interacción social en donde el contenido que se interpreta, no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión. (23)

Bajo ese entendido, se hace necesario comprender la humanización del parto como una categoría polisémica que tiene diversos significados y formas de ser idealizada, practicada y experimentada por los médicos, los usuarios del sistema y los observadores que en el intervienen sin ser participantes de la relación médico - paciente. Es por ello que la idea del parto humanizado entendida como las prácticas, además de los conceptos y valores propuestos en el marco de la atención de las mujeres, se refleja en las recomendaciones y directrices vigentes propuestas por la OMS que diferentes actores y organismos nacionales e internacionales han adoptado. Estas recomendaciones sintetizan una pluralidad de investigaciones sobre parto en el mundo entero. (24)

En sentido con lo anterior, a continuación se realiza una síntesis para profundizar sobre cómo en los últimos años el término *parto humanizado* termina siendo relacionado con la implementación de buenas prácticas o prácticas positivas que constituyen una idea opuesta frente a lo denominado como *violencia obstétrica*, que hace referencia a un tipo de violencia clasificado como parte de la violencia sexual, que es ejercida por parte del personal y el sistema de salud en las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y posparto, que involucra violencia verbal, psicológica, estructural y simbólica. (25)

En la declaración de las Naciones Unidas del año 1993 se define la violencia contra la mujer como “*Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.*” El 5 de noviembre del año 2000 en la ciudad Fortaleza en Brasil, se realizó la “*Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y Nacimiento*” en el marco de la cual se analizaron los estudios realizados sobre la atención en salud en materna, obteniendo como

resultado la necesidad de adoptar un enfoque de trabajo hacia la humanización del parto y el derecho de la mujer a decidir con conocimiento sobre la forma de realizar el proceso de embarazo y parto, con el objetivo de realizar acciones analizadas para la humanización de parto. (26)

A partir del año 2005 se realizaron diversos estudios en Nigeria (África) y Venezuela (América del Sur) en los cuales se evidenció que entre el 79,8% al 98% de las maternas sufrían de violencia obstétrica, la cual se caracteriza por la realización de procedimientos sin consentimiento informado, abuso físico en el cual se identifica como personal maltratador al médico y al personal de enfermería. Los resultados de los estudios también permitieron observar que para el 92.7% de los partos se realizan procedimientos no justificados como enemas, exámenes vaginales con tactos de diferentes personas a cargo, disposición permanente de las mujeres en posición de decúbito supino, episiotomías y cesáreas sin indicación que interrumpen el proceso natural de parto.(27)

Para el año 2015 se estimaron cerca de 303. 000 muertes de mujeres en el mundo durante el embarazo y el parto o después de ellos. Se determinó que prácticamente todas estas muertes se producían en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado; de hecho, la mayoría de estas muertes eran prevenibles con una atención de mejor calidad durante el embarazo y el parto.(28)

En concordancia con lo expresado por la OMS desde el año 2006, es importante entender que el parto constituye un proceso natural, por lo que tal vez desde la concepción que tienen no sólo algunos de los profesionales en salud sino también algunas mujeres con respecto al parto, empieza la problematización del *parto entendido como procedimiento médico*. Es desde este concepto en el que se materializan la violencia a los derechos de las mujeres quienes por desconocimiento se ven obligadas a esperar durante horas, sin información y sin ningún acompañamiento durante un proceso natural.(29)

Es entonces a partir de las cifras estadísticas de mortalidad y de morbilidad materna en el mundo, el parto humanizado surge como propuesta de oposición a las prácticas que se relacionan con la violencia obstétrica que hace parte de las violencias de género reconocidas institucionalmente en salud. Estas prácticas incluyen que en el proceso de atención del parto

se eviten la presencia de situaciones como: abuso de autoridad, desinformación a la materna, auscultación física excesiva, trato verbal inadecuado, entre otras. (30)

El parto humanizado y los cuidados durante el parto, tienen efecto en el logro de mejores resultados para la mujer y su hijo en la atención fisiológica del parto; requieren de la implementación de cuidados en el marco del sistema de salud que implican el acceso a servicios acordes a las necesidades particulares, partiendo por entender que la duración del parto varía considerablemente de una mujer a otra. Adicionalmente, si bien la mayoría de las mujeres requieren un trabajo de parto natural, se hace fundamental reconocer que el nacimiento puede ser un evento impredecible en el que es posible requerir supervisión estrecha e incluso de las prácticas e intervenciones de un profesional en medicina especializado. (31)

En el mundo y en Colombia, se han generado propuestas en discusión y disposiciones normativas legales vigentes que multan el servicio de obstetricia por generar violencia obstétrica. En Colombia, de acuerdo con el *“Proyecto de ley no. 063 de 2017 del Congreso de la República de Colombia”*, por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”, se define el parto humanizado como la implementación de prácticas orientadas a la promoción del trabajo de parto, el parto y el posparto como experiencias positivas para las madres, indistintamente del lugar donde se desarrolle el nacimiento, aumentando la libertad de decisión, la consciencia y el respeto de los valores, creencias y sentimientos que la mujer tiene sobre este proceso; reduciendo las intervenciones innecesarias sistematizadas y la medicalización excesiva, promoviendo el trato individualizado y seguro en función de las necesidades de cada mujer y de su hijo, con base en la evidencia científica.(20)

De otro lado y según las recomendaciones propuestas desde 1985 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la conferencia interdisciplinaria sobre tecnología apropiada para el parto, es importante aclarar que la “no tecnificación del parto”, por sí sola, no garantiza que la atención al mismo sea humanizada, por tanto es indispensable que tanto las gestantes como sus familias cuenten con información acerca de las opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de las mismas. (32)

En razón a lo anterior, se pueden identificar dos grandes determinantes de las buenas prácticas en el parto; uno hace referencia a la *práctica clínica*, comprendida por las características de los pacientes y del sistema de salud, así como los recursos disponibles para el ejercicio; y dos la incursión y uso de la tecnología de tal forma que se garanticen todos los cuidados que se necesitan para la atención.

En relación a la práctica clínica, diversos estudios han definido que existen patrones de práctica clínica que pueden tener consecuencias en la implementación de prácticas de humanización, dichos patrones pueden estar determinados en función de las condiciones de trabajo de los profesionales (trabajo aislado o en equipo, protocolización de actividades, consultas programadas o no y con el ejercicio en el sistema público o privado); y por la adquisición de conocimientos y el dominio de técnicas los cuales puede interferir en las actitudes de los profesionales con los usuarios (33). A partir esto, el presente trabajo busca analizar los significados de las prácticas positivas de atención del parto en Colombia para los profesionales en medicina ginecológica, desde sus experiencias y prácticas

#### 3.4. ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS POSITIVAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LATINOAMÉRICA A TRAVÉS DEL CONCEPTO DE PARTO HUMANIZADO:

---

La ley 063 de 2017 del Congreso de la República de Colombia, fue recientemente presentada en marzo de 2018, con el propósito de establecer los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y definir las conductas objetos de sanción a los profesionales en salud, sin embargo, a la fecha debido a los diferentes debates que ha generado en relación a las propuestas sancionatorias no ha sido aprobado. (20) No obstante, a nivel de América Latina se cuenta con experiencias de regulación normativa para la implementación de prácticas del Parto Humanizado, tal como se describe a continuación.

**Uruguay:** La Ley N° 17.386 dispuso en su Artículo 1º.- “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una

especialmente entrenada para darle apoyo emocional”. Esta ley consta de 3 artículos y fue sancionada en el año 2001.(34)

**Argentina:** La Ley de Parto Humanizado N° 25.929 fue sancionada en el año 2004 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueven que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Su objetivo principal es garantizarles a las mujeres la posibilidad de vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto. (35) Algunos de los derechos que consagra esta ley se plantean para el caso colombiano y son los siguientes: el derecho que tiene la madre a estar acompañada y contenida por su pareja y/o familia, el derecho a tener información sobre las distintas prácticas médicas que pueden darse durante el parto y posparto, dando lugar a que la madre pueda participar y decidir acerca de diferentes intervenciones/prácticas que se utilizan -siempre y cuando no haya riesgo de vida tanto para el bebé como para ella, el derecho a recibir asesoramiento e información en cuanto a la lactancia y sus beneficios, al cuidado de sí misma y al cuidado del bebé, entre otros.(35)

**Ecuador:** en la Asamblea Nacional se está tramitando la Ley orgánica de Parto Humanizado que busca una atención integral para las mujeres que están próximas a ser madres y a elegir el tipo de parto que desean. (36)

**Puerto Rico:** cuenta con la Ley Núm. 156 de 10 de agosto de 2006. Ley del Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto y consagra el catálogo de derechos de las madres y el recién nacido. (37)

Según los estudios propuestos por diversos autores como Iribarren (38), los beneficios de la promoción e implementación de prácticas relacionadas con el parto humanizado suponen en primera instancia:

- La reducción de la tasa de cesáreas como consecuencia de la transformación en la visión de los profesionales de la salud responsables de la asistencia del parto y de las prácticas implementadas para ello hasta el momento.
- Un incremento en la satisfacción de una población femenina informada de sus derechos frente a la posibilidad de vivir un evento fisiológico más natural.

- Una reducción de los costos en salud relacionados con la práctica de cesáreas y de sus probables complicaciones posteriores, que se verían reflejados en la reducción de la morbimortalidad materno-fetal asociada a las intervenciones quirúrgicas.

El embarazo y el parto son consideradas dos de las experiencias vitales más importantes de la vida para las mujeres en el mundo, por lo que la atención sanitaria ofrecida en estos momentos debe incluir una visión más humanista, dando a los protagonistas de dicho evento la importancia necesaria en el contexto tanto extramural como hospitalario. (38)

Se estima que el número total de nacimientos en el mundo es de 140 millones por cada año, de los cuales la mayor parte ocurre en ausencia de complicaciones para las mujeres y sus hijos. No obstante, en los últimos 20 años según las estadísticas reportadas, el personal médico en salud ha incrementado el uso de intervenciones en la atención de este evento, que anteriormente solo eran utilizadas para evitar riesgos o tratar complicaciones, tal como el empleo de la infusión de oxitocina para acelerar el proceso del parto o las cesáreas. (28)

Desde esta perspectiva, el tema de la morbimortalidad materna, se refleja directamente sobre los índices de desarrollo del país, cobrando importancia en los sectores de la salud, la economía, la política, la educación y de manera general en la sociedad y el Estado colombiano. (39)

Alrededor del propósito de alcanzar las metas y mejorar los índices de desarrollo del país, el incremento de la atención hospitalaria del parto, hace parte de los intereses políticos, científicos, tecnológicos e incluso educativos colombianos, orientados al control y seguimiento a los embarazos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En concordancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente territorial de direccionamiento en materia de salud, reglamenta la atención obligatoria de embarazos y partos bajo la jerarquía del conocimiento científico. (40)

Ahora bien, retomando lo referido por otros autores : *“La gestación es un tiempo ideal para el ejercicio del control y adopción, a través del cuerpo, en el orden en que socialmente se deben situar las mujeres y en el que se espera que permanezcan”* se tiene que en Colombia, donde el acceso a la oferta sanitaria es insuficiente (41) , se generan escenarios donde la

lógica es la de atender al mayor número de gestantes en el menor tiempo y al menor costo posible, sin reparar demasiado en la importancia de la experiencia de calidad y humanización de los mismos, lo que junto con otras posibles condiciones asociadas, termina generando lo definido como *violencia obstétrica*. (25)

En consecuencia con lo anterior, este estudio se hace relevante considerando que la mayor parte de las investigaciones relacionadas con las prácticas de parto humanizado, hacen referencia a las experiencias negativas de las mujeres y a la violencia obstétrica, mientras que existen pocos estudios realizados desde la perspectiva de los profesionales en salud, especialmente respecto de los médicos ginecobstetras y sus experiencias en relación a las prácticas que resultan positivas para la atención del parto.

### 3.5. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO CONTEXTO DE LAS EXPERIENCIAS Y DE LAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

---

Teniendo en cuenta que la experiencia corresponde al conocimiento originado por las vivencias de cada individuo en el contexto social dentro del cual interactúa con todos los elementos que aportan a la formación de su personalidad (crianza, educación recibida, intereses, deseos y motivaciones), se observa que la experiencia de los profesionales en salud y de las mujeres gestantes y sus familias como actores principales de la atención del parto constituye la perspectiva desde la cual cada uno de ellos aprehende la realidad, y puede modificar la comprensión que hace en relación a la posición que ocupa en el espacio y el tiempo en el que transcurre. (42) (43)

Las experiencias en salud están directamente asociadas con la satisfacción de los pacientes como un indicador de la calidad de la atención recibida, lo que a su vez constituye una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios. No obstante, su medición puede resultar difícil de

objetivizar considerando que las experiencias de las personas pueden resultar diversas en relación a sus expectativas con la atención y cuál es su vivencia previa.(44)

De otra parte, se requiere comprender que parte de las elevadas cifras que demuestran el intervencionismo médico innecesario practicado durante la atención del parto en países como Chile, Argentina y Colombia se relacionan con factores como: i) los discursos de los profesionales en salud, ii) los incentivos con los que el sistema de salud favorece el reconocimiento de costos superiores frente a la práctica de otras intervenciones diferentes al parto vaginal, además de iii) los relatos de experiencias de partos de otras mujeres como un evento riesgoso y extremadamente doloroso. (45)

Todo esto puede configurar un imaginario del parto como evento de violencia y vulneración que no sólo merma la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, sino que también les infunde miedo sobre el proceso. En este contexto, el temor al parto se evidencia como una dimensión relevante para la aceptación de intervenciones que no están médicamente justificadas, sobre todo en aquellas pacientes que también cuentan con los medios para evadir la experiencia de dolor que el parto pueda significarles. (46)

A partir de ello, se observa que la denominada violencia obstétrica termina siendo de alguna manera fomentada por la sociedad y específicamente impulsada también por las propias mujeres en un segmento especial de la población con mayor capacidad adquisitiva dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, estas mujeres que buscan una alternativa de parto sin dolor, difícilmente estarán enteradas de la relación de la cesárea con una mayor necesidad de uso de antibióticos en el puerperio, así como con una mayor morbilidad y mortalidad materna, además de la mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, sin contar con la prematurez y el mayor número de hospitalizaciones de los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal. (47)

Ahora bien, respecto de las mujeres que acuden a los servicios públicos de salud porque no tiene más opción, resulta interesante evidenciar que sus malas experiencias se relacionan sistemáticamente con el desconocimiento sobre el proceso asociado a un

estado de alta y comprensible susceptibilidad y expectativa, además de la falta de adecuada comunicación con el personal de salud y la ausencia de recursos suficientes para su atención como por ejemplo los métodos de analgesia o la disponibilidad física de una camilla. (48)

De otra parte, las experiencias del personal de salud que atienden a las gestantes y sus familias hacen referencia a “la sobredemanda de atención y la escasez de recursos” sobre todo en las instituciones públicas. Es decir que la atención obstétrica del médico se caracteriza por el exceso de trabajo e insuficiencia de recursos, para la atención de muchas personas expectantes que reclaman información (pacientes y familiares) sobre el proceso de nacimiento y que demandan un compromiso único y responsable de brindar la ciencia médica en forma correcta, cuidadosa y exacta a través de sus prácticas para así preservar la vida; a lo que adicionalmente se exige que mantenga a todos informados en forma clara, veraz y oportuna.(49)

Existe una gran demanda de pacientes ginecobstetras tanto en el sistema de salud de Colombia como en el del resto del mundo y la falta de personal y la sobrecarga de trabajo que mayormente afecta al sector público, hace que se incremente el estrés laboral de los profesionales en medicina a cargo de la atención de los partos. Esto a su vez se evidencia en el agotamiento físico y mental que en general puede disminuir la agilidad y cordialidad de los especialistas al momento de tratar a las mujeres gestantes y a sus familias, por lo que existe el riesgo que la atención no sea eficaz, oportuna, ni individualizada como lo requiere cada una de las pacientes que buscan un servicio de salud, produciendo problemas que comprometen la calidad global de la atención. (50) (51) (52)

Así las cosas, la carga mental de los médicos ginecobstetras que atienden en los servicios de parto, se determina por la cantidad y tipo de información que debe procesar y manejar en el desempeño de su profesión y por el tiempo de que dispone para realizar sus actividades. Por lo anterior, se infiere que las exigencias que demanda su trabajo, además de las otras condiciones que el profesional en salud como persona puede presentar dentro y fuera de la institución en la que presta sus servicios, son determinantes en su carga mental y física. (53) (54)(55)

Cabe señalar que la experiencia de trabajo en la que no se cuenta con personal suficiente para abastecer la demanda de pacientes y no contar con los recursos necesarios, significa un trato inequitativo con los profesionales en salud, lo que a su vez termina replicándose en una atención rutinaria y poco empática durante la atención de los usuarios, que generalmente evalúan el concepto de calidad de las acciones en salud a partir de sus expectativas como personas frente al trato personal, más que respecto de la calidad del procedimiento técnico ejecutado en sí.(56)

Un aspecto adicional dentro de la experiencia del día a día de los profesionales en salud que es poco visibilizado debido a su baja denuncia y que se enmarca dentro de la concepción del SGSSS, consiste en las situaciones de violencia directa, estructural y cultural percibida en sus ámbitos laborales en los que se desempeñan mayormente como contratistas, situación que los excluye de los beneficios propios de los trabajadores de planta. Es por esta razón que trabajan en más de un lugar para poder garantizar un flujo de ingresos permanente y así mantener su capacidad adquisitiva. (57)

Finalmente, es necesario comprender que los significados del personal asistencial sobre la prácticas de atención en el parto estarán directamente influenciadas por sus experiencias con las maternas y sus familias en el contexto de formación y años de ejercicio clínico en salud, además de las condiciones laborales en las que hayan desarrollado su profesión .(56)

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

---

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO:

---

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo interpretativo, en tanto que permite obtener información a través de los discursos de médicos especialistas en ginecología sobre su experiencia en la atención de partos en diferentes IPS en Colombia.

La investigación cualitativa descriptiva, es un proceso continuo y sistemático que permite tener unas aproximaciones subjetivas a las categorías mencionadas; se fundamenta en un proceso inductivo en el que se explora, describe, comprende e interpreta los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes (58)

En el presente estudio se vincula el contexto social intentando comprender los comportamientos desde la percepción del actor, basado en la corriente del interaccionismo simbólico de Blúmer "el significado de una conducta se forma en la interacción social en donde el contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión" (23)

El interaccionismo simbólico se resume (59) básicamente en tres acciones:

- Las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos.
- El contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos.
- El contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra.

## 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

---

### 4.2.1. POBLACIÓN:

---

La población incluida en este estudio fueron profesionales de salud con formación en medicina y especialidad clínica en ginecología, que trabajan en la sala de partos de diferentes instituciones prestadoras de servicios públicas y privadas de diferentes ciudades en Colombia, con mínimo 2 años de experiencia en la atención de partos y que se encontraran laboralmente activos en el marco Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Se excluyeron del estudio Médicos especialistas en Ginecología con tiempo de experiencia en la atención de partos en una IPS de Colombia inferior a dos años, o que actualmente se encontraban fuera del ejercicio clínico de su especialidad en el SGSSS.

### 4.2.2. MUESTRA:

---

La cantidad de la información para los estudios cualitativos depende de la profundidad con la que se ha comprendido el fenómeno, para este caso fueron suficientes los relatos obtenidos de 6 médicos especialistas en ginecología con experiencia en la atención de partos.

### 4.2.3. TIPO DE MUESTREO

---

De acuerdo al tipo de estudio la delimitación de la población se da de forma gradual y ésta puede ser modificada mientras se lleva a cabo la recolección y la interpretación de los datos. Para este estudio se utilizó un muestreo teórico que consiste en la selección de casos o participantes conforme a la necesidad de precisión (58) (60); a medida que la investigación avanzó, se identificaron los participantes de tal forma que se lograra una mejor comprensión de las categorías.

El proceso de recolección y análisis se realizó hasta llegar al punto de saturación teórica, es decir, cuando la recolección de nuevos datos ya no aportó información adicional o relevante para explicar las categorías establecidas; para este caso fueron suficientes los relatos obtenidos de 6 entrevistas.

#### 4.3. INSTRUMENTOS:

---

Se construyó una guía de entrevista para el personal de salud (Anexo 1), la cual abordó las categorías incluidas dentro del Modelo de recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, 2018.

Para la elaboración de este instrumento se tomó en cuenta el marco teórico y la revisión de antecedentes (4) (7) (8) (12) (30). La entrevista incluyó un segmento de información general con los datos de los participantes y un segmento de información específica que corresponde a la recolección de información relacionada con los significados, prácticas y experiencias que han tenido los entrevistados sobre las prácticas positivas de atención del parto.

El instrumento fue revisado por dos investigadoras expertas en género y salud para su validación. Cada instrumento fue sometido a una prueba piloto, posterior a lo cual se obtuvieron los instrumentos definitivos.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes; el tiempo de duración de cada una de las entrevistas fue aproximadamente de dos horas. El lugar en el que se realizó la entrevista fue el lugar de trabajo de cada uno de los participantes.

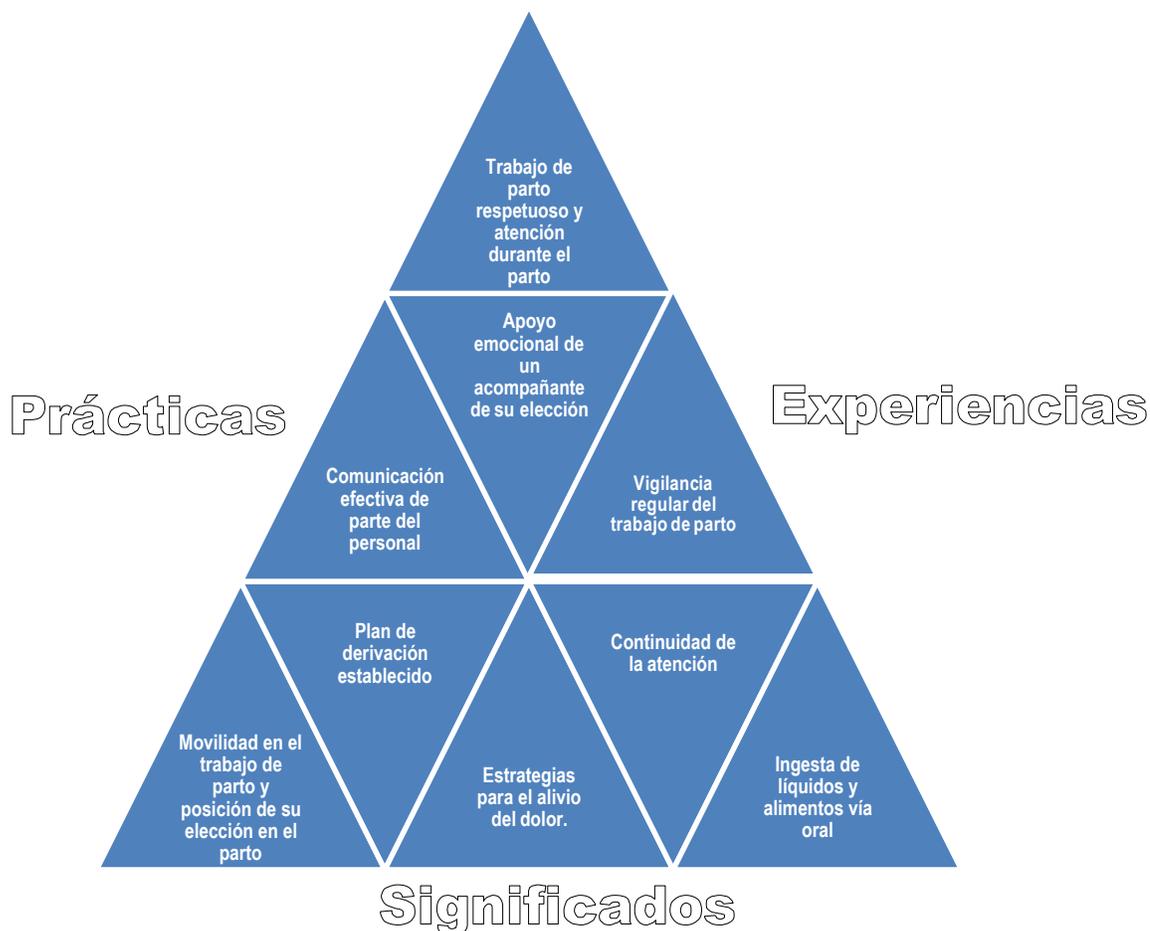
#### 4.4. PLAN DE ANÁLISIS:

---

El procesamiento de los datos partió de la definición de las categorías que guían esta investigación (recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una experiencia positiva del parto). La categorización consistió en clasificar

conceptualmente las unidades de análisis o de registro que son los elementos básicos o de los cuales se debe partir. Las categorías que se definieron en esta investigación fueron:

GRÁFICO 2. CATEGORIAS DE ANÁLISIS QUE COMPRENDEN LOS SIGNIFICADOS DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON BASE EN MODELO OMS



Fuente: Elaboración propia de los autores con base en modelo OMS - 2018

El análisis de contenido se realizó a partir de la técnica de codificación por categorías, en la cual, quien investiga reúne, codifica y explica los datos de forma simultánea, siendo un proceso metódico, sistemático e interpretativo, conformado por diferentes fases de codificación. Así mismo, con el propósito de garantizar la confiabilidad en la codificación de la información transcrita de las entrevistas, se utilizó el software Atlas Ti. (61)

Con las transcripciones de las entrevistas se realizó un análisis de contenido de manera conjunta entre las investigadoras así: i) *codificación abierta*: para identificar los temas de

interés centrales en relación con el marco teórico; *ii) codificación axial*: que incluyó el análisis de la información, reorganización y relación de los conceptos; *ii) codificación selectiva*: que consistió en el consenso para la codificación mediante la revisión conjunta por las investigadoras y la consolidación verificada por la asesora de tesis para dar inicio al análisis. (62) Las familias de categorías obtenidas fueron: significados, prácticas y experiencias, las categorías teóricas fueron las 9 establecidas por la OMS y las subcategorías de análisis contenidas en las mismas fueron: Parto Humanizado y Violencia, Educación y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (63) A continuación se realizó la triangulación entre las subcategorías de análisis que surgieron con la saturación de la información, el marco teórico y los antecedentes, realizando el resumen interpretativo de los datos con base en el contexto, para cumplir con el objetivo general de la investigación. (63)(64)

---

#### 4.4.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

Esta investigación acata lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, con base en lo cual se clasifica sin riesgo. Por tanto, se manifiesta, que durante el proceso de recolección, análisis y divulgación de la información prevalecerá el respeto por la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los profesionales de salud participantes, los cuales aceptan su participación y firman un consentimiento informado (Anexo 2).

## 5. RESULTADOS:

### 5.1. IDENTIFICACIÓN DE UNIDADES, CATEGORÍAS Y PATRONES

El siguiente cuadro sintetiza la estructura que emergió como resultado del proceso de trabajo de campo. En él se identifican las categorías y subcategorías que se construyeron desde la revisión bibliográfica y aquellas que surgieron en el desarrollo de las entrevistas

TABLA 1 CATEGORIAS DE LOS RESULTADOS

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Patrones</b>
	<b>Información socio demográfica</b>	Escolaridad Condiciones de trabajo
<b>EXPERIENCIAS</b>	<b>Trabajo de parto respetuoso y atención durante el parto</b>	Educación Parto humanizado Violencia Sistema General de Seguridad Social en Salud
	<b>Comunicación efectiva</b>	Educación
	<b>Apoyo emocional de acompañante</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>PRÁCTICAS</b>	<b>Continuidad de la atención</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
	<b>Estrategias para alivio de dolor</b>	Educación
<b>SIGNIFICADOS</b>	<b>Vigilancia regular del trabajo de parto</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
	<b>Plan de derivación</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
	<b>Movilidad en el trabajo de parto</b>	Educación
	<b>Ingesta de líquidos y alimentos</b>	Educación

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir del proceso de análisis y codificación de la información obtenida de las entrevistas.

## 5.2. GENERALIDADES DE LAS ENTREVISTAS E INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS

---

A partir del trabajo de entrevista a los profesionales, se describen los significados de las prácticas que desde su especialidad médica realizan de manera positiva para la atención del parto de las usuarias de los diferentes servicios de salud en los que trabajan, para lo cual la totalidad de los profesionales entrevistados refirió trabajar o haber trabajado de manera simultánea en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, en donde se realiza la atención de mujeres afiliadas al régimen de salud subsidiado y contributivo respectivamente.

De otra parte, en tanto 5 de los 6 los médicos fueron entrevistados en sus diferentes escenarios de práctica profesional y académica, se hizo evidente la presión de tiempo que manejan y cómo durante todas las entrevistas debieron contestar llamadas de trabajo, interrumpir y desplazarse para verificar que sus pacientes estuvieran bien y que su grupo de trabajo (enfermeras, auxiliares, estudiantes, etc) estuviera haciendo lo encomendado.

En los hospitales públicos en los que se realizaron entrevistas, no pudo encontrarse el espacio inicialmente propuesto en la guía de entrevista como una cafetería porque no existe un lugar así para ofrecerles a los profesionales una bebida caliente, por lo que los lugares de entrevista fueron las sillas contiguas a los servicios de atención bajo su cargo, en donde autorizaron previamente y bajo una buena disposición la entrada de los investigadores.

Adicionalmente vale la pena resaltar la dificultad de poder conseguir entrevistas con especialistas en ginecología y obstetricia dada su ocupación laboral. Esto se evidenció en el proceso de concertación de los espacios de encuentro con los profesionales que participaron en la investigación, por cuanto la totalidad de ellos debía desplazarse desde y hacia diferentes IPS de atención pública y privada localizadas en diferentes y distantes puntos uno del otro, para cumplir con turnos de atención que varían durante los días de la semana. Con excepción de los residentes de la subespecialidad de medicina materno-fetal,

todos los demás especialistas entrevistados refirieron trabajar como contratistas en al menos dos IPS para mantener su estatus económico.

A continuación, se describen las características de los profesionales que participaron de este estudio.

TABLA 2. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA ENTREVISTADOS, 2019

ITEM	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA 3	ENTREVISTA 4	ENTREVISTA 5	ENTREVISTA 6
<b>Sexo</b>	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre
<b>Nivel educativo</b>	Subespecialista en Maternofetal	Subespecialista en Maternofetal	Estudiante de subespecialidad en Ginecología	Estudiante de subespecialidad en Ginecología	Subespecialista en Maternofetal	Especialista en Ginecología
<b>Estrato</b>	5	4	4	4	4	5
<b>Profesión</b>	Md. Ginecólogo	Md. Ginecólogo	Md. Ginecólogo	Md. Ginecólogo	Md. Ginecólogo	Md. Ginecólogo
<b>Régimen de Afiliación</b>	Contributivo	Contributivo	Contributivo	Contributivo	Contributivo	Contributivo
<b>Medicina Prepagada</b>	No	No	No	No	No	No
<b>Hijos</b>	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
<b>Tiempo de Experiencia en Ginecología</b>	15 años	10 años	2 años	2 años	11 años	25 años
<b>Tipo de Vinculación Laboral</b>	Contrato Prestación de Servicios	Contrato Prestación de Servicios	Contrato Prestación de Servicios	Contrato Prestación de Servicios	Contrato Prestación de Servicios	Contrato Prestación de Servicios
<b>Tipo de IPS en la que labora</b>	Pública Privada	Pública Privada	Pública Privada	Pública Privada	Pública Privada	Pública Privada
<b>Experiencia de Trabajo o formación de pregrado o posgrado fuera del país</b>	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
<b>Departamento (s) del país en el que ha laborado los últimos dos años</b>	Bogotá D.C	Bogotá D.C.	Antioquia	Boyacá	Bogotá D.C.	Cundinamarca

Fuente: Elaboración propia de los autores

### 5.3. CONSTRUCCIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD EN TORNO A LA ATENCIÓN DEL PARTO

---

#### 5.3.1. PRÁCTICAS - PARTO HUMANIZADO Y VIOLENCIA

---

Los médicos refieren la necesidad de un mayor compromiso por partes de las mujeres gestantes y sus familias, en tanto la responsabilidad frente a un buen desarrollo de las prácticas en salud que se relacionan de manera directa con la implementación de un parto humanizado, incluyen la participación activa no solo de los médicos sino también de las mujeres gestantes, por cuanto las actividades de cuidado prenatal y durante el parto son fundamentales para obtener una experiencia positiva del parto:

*“Una buena práctica en Ginec obstetricia depende, no solo del médico, sino del a paciente y de su entorno social, porque es que, si nosotros aspiramos a tener un buen resultado del proceso reproductivo humano, debemos aspirar por lógica sencilla, a tener el mejor entorno para ese embrión. Eso indica un adecuado estatus nutricional, psicológico odontológico, de afecto, de adecuada economía, de satisfacción con la vida y sobre todo que sea un embarazo deseado producto del amor”*

*(Ginecólogo 6)*

Sobre la humanización del parto, los profesionales consideran que realizan las prácticas y procedimientos médicos necesarios para la gestante y para su hijo, por tanto, están capacitados y deben por responsabilidad tomar decisiones en caso de emergencia para salvar la vida humana por sobre todo. En ese sentido, refieren que las decisiones tomadas son principalmente con el objetivo de evitar posibles complicaciones en el momento del parto, más no de violentar las gestantes:

*“Yo soy humano cuando informo, yo soy humano cuando estoy al día, yo soy humano cuando aclaro dudas, yo soy humano cuando lo que tengo que hacer y debo hacer y asumo que si la paciente me llegó a mi es porque espera que yo la ayude, yo no la estoy violentando, estoy haciendo a plenitud de conciencia, dándole una dieta o quitándosela, hidratándola o no hidratándola, dándole la mejor analgesia posible que me da las circunstancias, haciendo*

*una amniotomía plena a conciencia con conocimiento médico o una episiotomía, porque yo sé qué tiene o no tiene la indicación”*  
(Ginecólogo 6)

Los profesionales refieren además que la violencia obstétrica está caracterizada por la intencionalidad de hacer daño y por eso el realizar procedimientos que se requieren de manera urgente sin contar con una autorización previa, no puede ser leído como violencia, ya que en el momento en el cual tienen que actuar con base en su formación, experiencia y responsabilidad sobre la vida del binomio madre-hijo, deben actuar rápidamente porque de lo contrario el desenlace puede ser fatal para la gestante y su hijo. No hay tiempo entonces para tratar de explicar a la mujer que está con dolor y en un proceso de parto las razones técnicas y científicas por las cuales se hace procedimientos que se consideraron necesarios practicar:

*“Podría verse también como violencia obstétrica, (la episiotomía) hacerla sin autorización o sin avisar nada, pero más o menos el mismo escenario el cordón umbilical a veces uno lo hace porque cree que para resolver la situación y uno no tiene el tiempo para decirle señora le voy a hacer un cortecito, va a doler un poquito, porque es que a su bebé se le está como bajando mucho el ritmo cardíaco.”*  
(Ginecólogo 6)

En relación a la ingesta de líquidos y alimentos, considerada como una categoría fundamental dentro de los cuidados durante el parto para una experiencia positiva según las recomendaciones de la OMS, los médicos entrevistados refirieron que las limitaciones en realidad varían según el estado de la paciente, por lo que en términos generales el consumo de líquidos se permite, no obstante la ingesta de alimentos se aprueba siempre y cuando la gestante no se encuentre en riesgo y lleve un tiempo considerable en trabajo de parto sin avanzar en la dilatación, por lo que resulta necesario que consuma alimentos para que recobre fuerzas y pueda seguir.

*“En la mayoría de los sitios no lo permiten, depende de cuán avanzado esté el trabajo de parto, generalmente si hay una dilatación avanzada o lo que se considera el trabajo de parto en fase activa, tienden a prohibírsele”*  
*(Ginecólogo 3)*

---

### 5.3.2. PRÁCTICAS - EDUCACIÓN

---

Sobre la formación médica, los profesionales refieren que en la actualidad el nivel educativo ha ido cambiando debido a la variación de exigencias académicas y al sistema actual de salud.

*“La mayoría de mis profesoras fueron mujeres, muy exigentes, un sistema de Salud espectacular en el que aprendí a darlo todo, a hacer lo mejor siempre y a trabajar bajo altísimos estándares de exigencia y con Calidad, que es algo muy diferente a la forma en la que los médicos se gradúan ahora...”*  
*(Ginecólogo 6)*

De otra parte, los ginecólogos consideran que las gestantes necesitan educación para el proceso del parto, porque previamente deben conocer y entender todo lo que pasa en su cuerpo. Manifiestan también que las mujeres con una explicación previa en relación a lo que es y significa el trabajo de parto, pueden estar mejor preparadas para asumir el proceso y de esta forma también se facilitará su comunicación y entendimiento frente al actuar profesional del médico, para así lograr una mejor satisfacción de sus expectativas en el marco del trabajo de parto.

*“El curso psicoprofiláctico, que lo hagan; y como generalmente lo hacen en compañía de un Familiar, entonces sí es importante como que conozcan qué es lo que va a pasar porque no van a explicar todas las cosas que suceden durante la labor del parto. Digamos, como respirar, la Intensidad del dolor, porque muchas se desesperan por la intensidad del dolor. Cuando una persona sencillamente tiene un dolor de cabeza o de muela se desespera y no quiere ni que le hablen, pues imagine un dolor de parto que es bastante.*

*Sí, me parece que ese curso de preparación es muy importante a la hora del parto”*  
*(Ginecólogo 2)*

Así mismo, los médicos entrevistados comentan la importancia de la formación e las capacidades humanas del personal de salud, porque el ginecólogo hace parte de un equipo interdisciplinar que debe manejar el mismo lenguaje en donde el parto es un proceso natural que no debe ser patologizado.

*“La formación de ese personal a parte del ginecólogo que está en sala de partos y durante todo el trabajo que se hace a lo largo de una gestación no está capacitado, no entiende que una paciente gestante no es una enferma”*  
*(Ginecólogo 2)*

---

### 5.3.3. PRÁCTICAS – SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

---

En relación a la continuidad de atención médica a las mujeres gestantes y sus familias en el marco del SGSSS, los ginecólogos relatan que el proceso de garantizar la continuidad para la atención de los controles precepcionales y de seguimiento prenatal existe, sin embargo en relación a la continuidad del acompañamiento por parte de un profesional con el cual la gestante pueda generar confianza desde los controles hasta el momento del parto no sucede dada la dificultad de coincidir en turnos con las usuarias. La continuidad en el seguimiento del proceso preparto y postparto por un mismo profesional de salud se dificulta, porque según refiere la mayor parte de los entrevistados “las gestantes conocen más de 3 ginecólogos en sus controles prenatales, lo que dificulta generar una adecuada relación médico paciente”.

*“Es algo que puede que no se logre en una sola visita y es algo que este sistema de salud fomenta porque el primer control te lo hace uno, el segundo otro y tienes al menos cuatro controles en donde te han visto más de 6 personas, entonces cuando ya terminaste los controles vas y llegas a lo que llaman el control preparto la EPS te manda a la IPS donde te van a atender, dónde te ve una persona nueva, diferente a la que tal vez había controlado antes y esa persona nueva que te ve una sola vez en esa cita preparto tampoco necesariamente es la que te va a atender el parto, y entonces entras a la atención, la admite*

*un Ginecólogo y luego la atiende otro, entonces, en la medida en que tú no tengas  
continuidad en la atención muy difícil generar empatía”  
(Ginecólogo 1)*

Los ginecólogos relatan que es difícil trabajar adecuadamente con el SGSSS actual, en tanto actualmente las instituciones médicas de la Red Pública en una ciudad como Bogotá que están destinadas para la atención de mujeres en servicios de ginecología son pocas debido al cierre de servicios por decisiones que provienen directamente de la Secretaría de Salud Distrital. Eso implica que, en las subredes públicas de atención de servicios en salud de la capital del país, exista una sobrecarga de trabajo para los médicos ginecólogos, además del maltrato que se ocasiona desde el sistema por obligar a las gestantes a que se desplacen lejos de su lugar de residencia. Todo esto también repercute en situaciones que afectan tanto a los médicos como a las mujeres gestantes: i) la saturación de los servicios, ii) la disponibilidad de tiempos de consulta para los ginecólogos, iii) la falta de recursos básicos para la atención (oxitocina, métodos de analgesia suficientes para todas las mujeres, disponibilidad de médico anestesiólogo en sala de partos) y en general una diversidad de situaciones por las cuales los entrevistados refieren que la salud se ha mercantilizado y que el sistema de salud es quien más la ha deshumanizado para todos.

*“Yo pienso que, para evitar esto, hay que partir de que debe haber la existencia mínima de recursos, de personal suficiente, de centros de atención suficientes, porque mira todo lo que ha sucedido en esta Alcaldía: Clínica el Bosque servicios de ginecología cerrado, Clínica Roma-Colsubsidio cerrada, Clínica Orquídeas-Colsubsidio cerrada, Clínica de Chía cerrada, todos los servicios de Ginecología, Clínica Federmán cerrada. Entonces todos los servicios de Ginecología cerrados y los que están abiertos, funcionando al 180% de su capacidad.*

*Ahora, si además de eso, nos metemos en una película de que vamos a proporcionar cosas especiales, el espacio en silencio, con poca luz, con una pelota inflada para que la señora haga ejercicio y su marido le frote la espalda en una habitación privada...Pues... no se caiga en la mentira ¡no hay oxitocina! ¡por favor!”  
(Ginecólogo 1)*

*“Disponibilidad de tiempo para los profesionales, que esto hasta ahora se está imponiendo, una cita control prenatal no puede ser una cita chimba de 20 minutos , porque de hecho el instructivo del Ministerio dice que la primera debe ser de 40 minutos y las otras deberían ser mínimo de 30 minutos para que usted, como profesional de la salud, pueda evaluar todos esos entornos. Pero como las EPS y las IPS piensan en costos, no en pacientes ¿Sí?  
(Ginecólogo 1)*

#### 5.4. CONSTITUCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

---

##### *5.4.1. EXPERIENCIAS - PARTO HUMANIZADO Y VIOLENCIA*

---

Los ginecólogos comentan con indignación desde su experiencia profesional acerca de las dificultades que genera en la atención del parto la insuficiencia de recursos básicos que en términos de medicamentos y analgesia se presenta para atender a las mujeres; por lo que en ocasiones terminan comprándolos de su propio bolsillo para poder atender a las pacientes. Por ende, consideran que en los servicios de ginecobstetricia de los hospitales en efecto se genera violencia obstétrica durante el proceso de atención del parto y no son ellos los causantes directos del sufrimiento que deben experimentar las usuarias.

*“Si tú a mí me pidieras que definiera en mi experiencia lo que es la violencia obstétrica, yo te digo: - que no hay Oxitocina en un hospital!!! Eso es violencia obstétrica, o sea, ¡Por Dios!, generada por el sistema o por el ministro de salud, o por quien tú quieras, pero esa es una cosa inaceptable”  
(Ginecólogo 1)*

Así mismo, los médicos especialistas refieren que término de violencia obstétrica se ha ido distorsionando, porque ellos son el personal calificado para dirigir y guiar el parto. No obstante considerando toda la falta de información real que se maneja en relación con el proceso de atención del parto, información que en ocasiones es suministrada por observadores externos que realmente desconocen sobre el compromiso que tienen ellos con

la vida, comentan que sólo con darles las indicaciones a las gestantes, ahora las mujeres se sienten violentadas y que en resumen todo el proceso del parto natural se ha convertido en violencia por cualquier circunstancia, sea o no razonable.

*“Parte de la discusión ahorita con muchos de los procesos de violencia, es que no le debería decir a la mamá ni siquiera que puje, porque ellas deciden cuando puja... y a nosotros la formación y la experiencia en clínica nos ha enseñado que eso no es tan cierto porque la naturaleza también falla. Hay mamás que llegan al momento del parto asustadas y no saben ni qué tienen que hacer y si lo saben se les olvidó. Si bien eso debería ser fisiológico, no es tan cierto, no todas saben cuál es el proceso a seguir”*  
(Ginecólogo 5)

*Sin embargo, con todo lo que pasa cada vez se aumenta más el riesgo de nosotros como profesionales de que nos traten de violentos porque en medio de todas las dificultades hemos decidido seguir trabajando como cualquier otro ser humano y por eso se termina haciendo algo rutinario... porque no tenemos tiempo de hacer nada más si no lo estricta y lo básicamente necesario, que es un poco lo que siento que sucedió con la paciente de la historia que me comentaste.. Se volvió un pedacito de rutina no hay un maltrato como tal porque nadie le dijo cosas feas ni nada pero si termina siendo como me toca hacer esto y esto y no tenemos mucho tiempo sentarnos a charlar otras cosas.*

Los ginecólogos indican que en ocasiones las gestantes en medio de la ansiedad pierden la razón y no colaboran con el proceso del parto, es aquí donde los médicos deben tomar decisiones implementando procedimientos que implican riesgo, todo por el bienestar de la madre y su hijo, relatan que según su experiencia determinan el manejo adecuado para la gestante.

*“Esta mujer parecía estúpida... no quería pujar por más que le dijéramos se negaba a hacerlo, y el niño se iba a morir. Así que un parto que debía ser natural con un niño de 2400 gramos terminó en cesárea porque a la mamá no se le dio la gana de pujar y nos insultó... eso es un absurdo, pero era un bloqueo mental y nosotros en la sala de partos tuvimos que*

*solucionar para salvar al bebé y además aguantarnos la actitud tan poco maternal de la gestante y tan violenta para con su propio hijo y con nosotros”*  
(Ginecólogo 6)

*“Igual digamos periparto yo a veces me arriesgo en cuanto a colocarle, por ejemplo, diazepam, que las tranquiliza y les permite respirar mejor y entender más adecuadamente lo que les decimos sin desesperarse del dolor... pero, ahí el problema es que el diazepam, en el momento del pinzamiento del cordón me pueda hacer una depresión respiratoria del recién nacido, pero pues uno está listo, pendiente, porque ya el problema es mental, pero la mayoría de las veces, no sé, yo le doy gracias a Dios, yo lo manejó bien y nunca en todos mis años de experiencia he tenido dificultades con eso”.*  
(Ginecólogo 6)

---

#### *5.4.2. EXPERIENCIAS - EDUCACIÓN*

---

Los especialistas médicos refieren frente al parto que este es un proceso natural que en efecto se ha patologizado por falta de educación de la sociedad, pero además de las familias y de las propias mujeres. Así mismo comentan que las situaciones de mala comunicación y de lo que se denuncia como “violencia” sucede por la falta de educación en competencias básicas de comunicación en los profesionales de la salud para saber las expectativas que tiene una mujer frente a su proceso de parto, pero también por la falta de educación de las mujeres gestantes de informarse y lograr entender bien lo que es el proceso de parto. Sólo a través de la educación de las propias gestantes se hace posible que ellas puedan reconocer que en ocasiones la intervención médica es necesaria y que no todo lo que sea diferente a lo que ellas piensan o desean significa que es deshumanizado o materialización de violencia obstétrica.

*“El problema para mí muchas veces es que se deshumaniza, pero es que se deshumaniza porque no se conoce y creo que hay un desconocimiento tanto de los profesionales de la salud hacia las mujeres, como de las pacientes consigo mismas y también para nosotros como profesionales que las atendemos y por supuesto un desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud.”*  
(Ginecólogo 2)

En cuanto a la educación en el proceso de parto que se realiza en el marco del sistema de salud a las mujeres gestantes y sus acompañantes, los médicos hacen referencia a la falta de información que se requiere realmente dar a las gestantes sobre el proceso del parto y su atención. En el curso de preparación para la gestante se priorizan cosas que realmente al momento del parto no son relevantes, porque este curso debe estar centrado en explicar los métodos de analgesia, las fases del parto y la indicaciones en cada una de estas fases, así como las posibles complicaciones y el actuar médico de emergencia. Todo esto con el objetivo de que la mujer también pueda comprender que todo procedimiento de urgencia se realiza para evitar complicaciones y cuál es el momento adecuado para buscar asistencia médica para la atención del parto sin tener que estar hospitalizada más tiempo del necesario.

*“Respecto de los procesos educativos de preparación para el parto, conocidos como los cursos psicoprofilácticos en Colombia, a mí realmente como mujer embarazada que he ido a los cursos a mi EPS y que las enfermeras que me lo dictan no saben que yo soy ginecóloga, me deja mucho que desear. A las mujeres no les dicen nada de lo que necesitan saber. No les habla del dolor, de los pro y de los contra de la epidural, en el curso de parto no se habló de complicaciones ni de instrumentación, no se habló de la indicación de una cesárea, no se habló casi nada de la importancia del pujo y mucho menos de la respiración para el manejo del dolor”*  
(Ginecólogo 2)

---

#### 5.4.3. EXPERIENCIAS - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

---

En relación a las dificultades observadas en la relación médico – paciente, los especialistas refieren que varias de estas son atribuibles al funcionamiento del Sistema de Salud actual, en el que los ginecólogos sólo por cuestiones del azar, pueden lograr construir algún vínculo de cercanía con las gestantes debido a que no existe continuidad en la forma en la que se asignan las consultas y la disponibilidad en los tiempos para atender a las mujeres y a sus familias.

*“La única forma de tratar de aproximarse lo más posible a eso, es tener el tiempo suficiente para establecer esa relación médico paciente adecuada, y este sistema de salud no lo permite así porque pues no hay continuidad en la atención”*  
(Ginecólogo 1)

*“Las consultas de ginecología en la clínica donde trabajo , por ejemplo, tiene un tiempo de 30 minutos por visita, en ese tiempo, difícilmente se alcanza a observar todo lo que objetivamente se debe observar, realizar ecografías, exámenes, examinar al paciente medio explicar lo que está sucediendo”*  
(Ginecólogo 1)

Así mismo el personal entrevistado refiere la diferencia de atención y la destinación en los tiempos de consulta que existe entre instituciones del sector público y el sector privado, frente a lo cual han comentado que en el sector privado de atención en salud de medicinas complementarias y prepagadas sí es posible crear una relación más adecuada con las mujeres gestantes, puesto que en lo privado los médicos no tiene tantas restricciones en tiempos como en el sector público.

*“En una consulta particular, donde no tengo la rigidez ese tiempo me puedo demorar hasta una hora y media haciéndolo por sesión”*  
(Ginecólogo 1)

Los médicos describen la limitación de recursos económicos, físicos, y humanos en medio de las cuales deben atender a las mujeres porque ese también es su trabajo y a ellos les pagan por trabajar y con eso viven. Entonces para trabajar deben adaptarse e incluso aceptar condiciones estructurales con las que en muchas ocasiones no están de acuerdo y así mismo atender a las gestantes tratando de ofrecer su conocimiento de la mejor manera en el marco de la limitación de los recursos de la institución.

*“Termina siendo muy sujeto al azar y no a la oportunidad real como debería ser, no estar sujeto al deseo de la mamá, sino a la suerte que haya tenido y eso se debería poder mejorar,*

*pero termina siendo siempre un tema de recurso, de que tú puedas tener todo el personal que necesitas para poder cubrir a todo el mundo”.*

*(Ginecólogo 1)*

*“Esta habitación, esta separación virtual que existe entre una cama y otra, este pedazo de tele que separa esta señora y la otra, es una separación que es indigna, ¿Por qué hacen esto? Cómo se empeñan en fomentar que va a hacer una atención de parto especial si es realmente algo para lo que estructuralmente no están listos”*

*(Ginecólogo 1)*

*“Cuando tenemos salas de parto con 20 trabajos de parto en simultánea, salas de urgencias con 60 o 70 pacientes por ver y no es una exageración, o sea, realmente no hay consultorio, no hay volumen de ginecólogos que den el chance. A veces tenemos salas de parto y salas de admisiones donde las pacientes se tienen que quedar sentadas en una silla porque no hay una camilla literal donde acostarla.”*

*(Ginecólogo 2)*

*“Ahorita por ejemplo, han cerrado muchísimos hospitales públicos y están condensando toda la atención de partos básicamente cuatro hospitales”*

*(Ginecólogo 2)*

*“Pacientes que terminan esperando 4 y 5 horas para ser atendidos y que cuando llegan ya están muy avanzadas en el trabajo de parto, y que termina siendo como “rapidito” súbase a la camilla, súbase, bájese ya, ya, ya, pero es porque realmente en ese momento no es la única en la misma situación”.*

*(Ginecólogo 3)*

## 5.5. SIGNIFICADOS PARTO HUMANIZADO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

---

### 5.5.1. SIGNIFICADOS - PARTO HUMANIZADO Y VIOLENCIA

---

Los especialistas comentaron que para una buena atención del parto, se debe conocer a la gestante y por eso lo ideal sería que un solo ginecólogo atendiera todo el proceso del parto desde la concepción hasta el nacimiento, creando una relación médico paciente adecuada en donde la gestante tuviera el tiempo de indicar cuáles son sus expectativas, dudas y temores sobre el proceso de parto.

*En el escenario ideal, cuando uno va a atender el parto, debería haber todo ese ejercicio de conocimiento previo del paciente que no se logra en una sola entrevista y que puede durar las 40 semanas del embarazo, 9 meses que dicen las mamás, es más o menos una visita mensual y hacia el final del embarazo son visitas más cercanas, son quincenales, y en esas visitas es que uno logra conocer esas demandas especiales*  
(Ginecólogo 1)

*“No hay forma de saber cuáles son los temores de las mujeres si uno no tiene una entrevista previa que te permita conocer el paciente, que te permita explicarle lo que va a pasar y después de explicarle lo que va a pasar entonces le diga momentico de eso que me explicaste a mí me gusta esto, esto si no me lo hagas, yo quiero tener un espejo frente a mí porque ese es mi concepto de humanización”*  
(Ginecólogo 1)

Los ginecólogos definen que la violencia obstétrica es subjetiva en la mayoría de casos porque las gestantes se sienten violentadas no tanto debido a los tipos de procedimientos realizados sino más frente al trato que el personal de salud les brinda. Frente a este tipo de situaciones argumentan que el tiempo para atender a la maternas en los volúmenes que manejan es insuficiente. También reconocen que el proceso del parto para las gestantes podría ser más satisfactorio, pero para que esto suceda se requiere adoptar cambios en el sistema de salud y en la educación del personal de salud frente al parto.

*“Todo ese escenario percibido por la paciente así, sin duda que se va a sentir violentada y va a decir ¿mierda porque me hicieron todo esto? el problema es que no hay suficiente tiempo para discutir todas estas situaciones”*  
*(Ginecólogo 1)*

*“Todo eso se puede construir y se puede construir de una forma positiva. Si ustedes se fijan, en los países con los menores índices de mortalidad materna en el mundo, Holanda, no joda ahí no se muere nadie en un parto, la mayoría de los partos 80% y hasta el 90% son atendidos por doulas o parteras entrenadas en clínica en el marco del sistema de salud , a veces incluso en el contexto hospitalario o no, incluso en la casa de la paciente. Entonces esos son modelos imitar, esos son los que tenemos que imitar, pero hay que reglamentarlo, implica toda una estrategia de creación de escenarios de formación para este personal*  
*(Ginecólogo 1)*

La humanización obstétrica para los especialistas, según comentan, nace de la adecuada comunicación que los médicos rutinariamente no pueden tener con las gestantes para que ellas no se sientan ignoradas ni violentadas.

*“Yo creo que hago una obstetricia humanizada, en el sentido que esto expresando respeto con mi paciente cuando le informo las cosas exactamente como son”*  
*(Ginecólogo 6)*

Así mismo, se evidencia que los médicos se sienten atacados cuando se habla de “violencia obstétrica o parto humanizado” porque es como si estuvieran siendo señalados como “salvajes” debido a los procedimientos y prácticas que deben realizar y refieren que son estigmatizados por la sociedad e indican que todo su proceder como profesionales según la mirada de parto humanizado es violento.

*“La ley de parto humanizado, que creo que la hizo una señora que realmente no sabe que los médicos estamos ahí para ayudar a controlar las complicaciones. Yo es que no tengo tiempo para ponerme a pelear porque tengo mucho trabajo por hacer y por eso es un tema*

*que el gremio deja en manos de FECOLSOG, es que de verdad, si eso lo analiza alguien con un poquito de cerebro y conocimiento, entonces dice:  
No, pero pues todo lo que hemos hecho es violencia”  
(Ginecólogo 6)*

*“Entonces todo tiene que tener una indicación clara, pero no pueden satanizar, es que el problema aquí es que satanizan todo lo que hemos hecho durante siglos porque a alguien le parece que es un intervencionismo violento”.  
(Ginecólogo 6)*

---

### *1.1.1. SIGNIFICADOS - EDUCACIÓN*

---

Los ginecólogos piensan que el proceso de educación se ha deteriorado en la medida que las exigencias para los estudiantes de medicina son menos y el tiempo de formación es corto para poder atender las complicaciones de un parto, porque es un proceso que requiere que el personal de salud esté bien entrenado.

*“En nuestro país donde todas las leyes se terminan degenerando fácilmente y puede determinar que cualquier persona es un cursito de 3 días y puede entrar a atender un parto, porque eso es lo que puede terminar sucediendo, es peligroso, porque si no es un personal bien entrenado que sea el apoyo del ginecólogo lo que es, es un peligro”  
(Ginecólogo 5)*

La formación académica para los médicos en términos de habilidades blandas de comunicación hacia sus pacientes está muy limitada, porque esta no es una prioridad para las instituciones académicas que funcionan en el marco de un modelo paternalista en donde se enseña que lo más fácil es asumir un papel autoritario.

*“Es cuestión dejar de ser paternalista, de dejar de ser, de decir lo que hay que hacer, sino que explicar las posibilidades, los riesgos y las opciones simplemente de una comunicación”  
(Ginecólogo 2)*

Sobre el sistema de salud los médicos opinan que tienen múltiples restricciones para poder realizar una adecuada atención de parto para las gestantes, porque la violencia obstétrica solo responsabiliza personal de salud. Es así como refieren que el SGSSS el principal generador de violencia y consideran que se requiere una reestructuración en el sistema que permita establecer procesos de atención de calidad y que a su vez disminuya la percepción de violencia por parte de los usuarios.

*“En la medida en que tú no tengas continuidad en la atención muy difícil generar empatía, o por lo menos, no empatía porque la empatía se puede generarse en una sola visita, pero es difícil generar confianza, es difícil que el paciente sienta esa confianza en ti y de dejarse llevar y no sentirse violentado”*

*(Ginecólogo 1)*

*“Si uno fuera a mejorar algo de los sistemas de salud tal vez deberíamos mejorar la construcción de esa relación médico paciente de una forma más sana.”*

*(Ginecólogo 1)*

*“La única forma de tratar de aproximarse lo más posible a la implementación de las recomendaciones de la OMS, es tener el tiempo suficiente y las condiciones para establecer esa relación médico paciente adecuada”*

*(Ginecólogo 5)*

## 6. DISCUSIÓN CON BASE EN LA TRIANGULACIÓN

---

Las prácticas positivas para la atención del parto promulgadas por la OMS, directamente asociadas en el contexto de la salud con el concepto de parto humanizado, comprenden el cuidado de la gestante con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto, este cuidado comprende: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad (65) . En contraposición al parto humanizado, aparece el maltrato o la violencia obstétrica, la cual es definida como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (29).

Con base en lo anterior, los profesionales entrevistados coincidieron en definir e identificar las características de las prácticas positivas para la atención del parto y también identifican cuales son las acciones que llevan a consolidar un acto de violencia obstétrica, sin embargo, manifiestan la imposibilidad y la limitación en la prestación de un servicio respetado y de calidad dada por la organización y funcionamiento del sistema de salud en el país. Los significados y las prácticas que desarrollan los profesionales que participaron de esta investigación para la atender el parto, coincide con la literatura de las recomendaciones de la OMS que evidencia que las intervenciones médicas aplicadas dentro del contexto de la conducción del trabajo de parto sí son beneficiosas y que en tanto exista una indicación médica con un profesional responsable a cargo su aplicación conduce a buenos resultados(7).

El significado de la violencia asociada al concepto de parto humanizado es relativo, pues siempre dependerá de los valores subjetivos que así la enuncien. Es común que víctimas, victimarios y testigos de una acción la valoren y nombren de manera diferente y lo que la víctima puede considerar como violencia, para el perpetrador puede ser sólo una respuesta habitual, y para los testigos puede llegar a tener diversas interpretaciones adicionales. (66) Estas interpretaciones siempre están relacionadas a valores que se desprenden, no sólo de

normas y leyes generales, sino de su socialización según un conjunto de relaciones sociales mediadas por la clase, la cultura y las subculturas, la localidad, la familia e incluso también por la misma subjetividad de la persona. (67)

Así, el uso de la palabra violencia para una acción está sujeta de manera específica a la concepción ética de los sujetos que la realizan, reciben o simplemente asisten a dicha acción, tal como sucede en el contexto de la atención del parto con la identificación subjetiva de la violencia aún en presencia de prácticas que médicamente pueden estar siendo implementadas de manera adecuada en el momento. (66)

Lo anterior obedece al relato de los profesionales, quienes manifiestan de forma reiterativa, que si actuar médico se debe enmarcar en el funcionamiento del sistema que limita y restringe el ejercicio profesional, esto sin restar responsabilidad médica. Un ejemplo de esto, es lo que ellos describen sobre las prácticas de la atención del parto, las cuales se caracterizan por ofrecer una atención homogenizada por parte del personal de salud, esto es también propiciado por las instituciones en salud que desconocen la individualidad y el requerimiento de cada mujer, (66) necesidades que no están contempladas dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS) para ser reconocidas con un incentivo especial a las entidades en las cuales los médicos especialistas en ginecología trabajan con una sobredemanda evidente. (50)

A partir de este contexto, la literatura reporta que el personal de salud deja de reconocer el parto como un proceso natural para controlarlo en función de sus necesidades laborales y procede a acelerarlo para cumplir con las actividades asignadas en el menor tiempo posible, generando en las mujeres momentos de desinformación, incertidumbre y vulneración. (68) No obstante, poco se ha reportado en la literatura acerca de cómo los profesionales que ejercen la medicina ginecobstétrica son conscientes de la diferencia entre lo que deben hacer y lo que pueden hacer. (69)

Ahora bien, al hacer referencia sobre la experiencia de los médicos especialistas en ginecología como trabajadores de un sistema de salud en donde la visión mercantilista ha ocasionado un trato diferencial para las mujeres de bajos recursos que acuden para que su parto sea atendido según lo que el Plan de Beneficios en Salud (PBS) le permita, les hace conscientes sobre la necesidad de hacer lo que mejor pueden en el marco de las limitaciones

existentes.. (70) Lo anterior concuerda con estudios realizados en Colombia donde se afirma que la mujer en las salas de parto *“es construida, manipulada y afectada por las instituciones sanitarias y que esto ha permanecido invisible careciendo de importancia social y legal”* (71)

Otro de los aspectos que los especialistas señalan y que repercuten en la calidad en la atención y por ende en las practicas positivas en el parto, tiene que ver con las deficiencias en estructura física, falta de insumos, sobrecarga de trabajo, falta de organización institucional, desinterés. Esta percepción coincide con lo descrito en estudios previos, los cuales identificaron que la seguridad que da el entorno hospitalario, la prestación de servicios (evaluación de las instalaciones, el medio ambiente del nacimiento, el apoyo, las relaciones con los profesionales de la salud), la dimensión humana y los aspectos estructurales son determinantes al momento de hablar de humanización en el parto (65).

Es importante rescatar que los profesionales que participaron de este estudio, señalan la importancia de una comunicación efectiva y asertiva durante el proceso de gestación y en el parto. Sus relatos manifiestan prácticas y experiencias positivas de la implementación de estrategias comunicativas y educativas que fortalezcan la confianza médico-paciente y que favorezcan el proceso del parto. Ante esto, Caceres y cols, manifiestan que los profesionales deben tener una visión humanística, ya que el parto es fuente de ansiedad, miedo, expectativas, dudas e incertidumbres, humanizar la asistencia en salud durante el parto implica propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia(72).

En ese sentido, la implementación de *los cuidados y las prácticas positivas recomendadas por la OMS para mejorar las experiencias de parto de las mujeres en el mundo y disminuir los índices de morbilidad materna*, se encuentra condicionada por la lógica bajo la cual se permite y se acepta actualmente la operación del sistema de salud. Un sistema con servicios de ginecología saturados, con carencia de implementos, en donde la atención del parto se ha rutinizado y depende directamente de la disposición de un personal de salud con bajos incentivos para establecer una mejor relación médico – paciente. (19)

El significado de una práctica positiva en la atención del parto para los ginecólogos comprende diversos factores entre los cuales e incluye la calidad en educación que en la actualidad se ha deteriorado en relación al grado de exigencia y de calidad de los egresados

que en un futuro próximo serán los encargados de dar continuidad a las acciones de atención de parto de las mujeres.(46)

*“La salud es una cuestión personal de interés colectivo. Interesa a la sociedad contar con una educación médica apropiada que logre graduados adecuados para atender a las necesidades.”(73)*

En ese sentido, la implementación de las recomendaciones para la atención del parto de la OMS en Colombia significan también la necesidad de realizar un análisis urgente sobre la relación docencia-servicio como responsabilidad social en la formación de talento humano en salud en Colombia y la generación en los estudiantes de las habilidades relacionadas con la adecuada comunicación con los pacientes, (74) de manera que se garantice dentro de las prácticas formativas y en los escenarios de práctica en salud una mejora orientada hacia la generación de una relación médico-paciente más adecuada. (18)

Ahora bien, debido a la gran cantidad de facultades de medicina actualmente en el país en donde en algunos casos la preparación es ineficiente para los futuros médicos, este crecimiento desbordado en la facultades de medicina que al igual que el sistema de salud termina debiéndose a los intereses económicos, requiere entonces cambios en términos de un mejor entrenamiento y educación puntuales en algunos casos. (75)

Como se ha mencionado anteriormente, no sólo el entrenamiento en los saberes prácticos de la clínica sino también en las capacidades de comunicación se evidencian como esenciales para una práctica positiva en el parto , iniciando por lograr el reconocimiento de las expectativas de las mujeres gestantes, a pesar de las limitaciones impuestas por el sistema de salud y los demás factores externos.(72)(76).

Finalmente, en relación al proceso de educación de las mujeres que acuden a los servicios públicos de salud, resulta interesante evidenciar que parte de sus malas experiencias se relacionan con la falta de conocimiento y educación sobre el proceso de parto y embarazo, lo que a su vez evidencia la necesidad de generar espacios de formación a la gestante y a su familia en cumplimiento de las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social. (70)

## 7. CONCLUSIONES:

---

A partir del análisis de la información obtenida en este estudio se puede dar respuesta a la pregunta de investigación detallando que los significados de las prácticas positivas para la atención del parto de los médicos ginecólogos en Colombia se fundamentan en una atención rutinaria fomentada mayormente por el SGSSS, que adicionalmente evidencia fallas en la comunicación que pueden ser interpretadas en ocasiones como vulneración a los derechos de las mujeres, desconociendo los beneficios que la práctica médica aporta en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

La institucionalidad propicia la homogenización de los cuerpos, los comportamientos y las prácticas hacia las mujeres, aspectos que están lejos de individualizar la atención, por lo que la implementación de las recomendaciones de la OMS en relación a los cuidados para la atención del parto, se encuentran lejos de ser una realidad en tanto no se realicen modificaciones sustanciales al interior del SGSSS.

A partir del diálogo entre los antecedentes descritos en el marco teórico y los discursos de los profesionales en las entrevistas, se observa coincidencia en diferentes aspectos desde que permiten evidenciar situaciones de tipo estructural que dificultan las prácticas positivas alrededor del fenómeno de la atención del parto entre los que se incluyen: - La percepción del parto como un evento de responsabilidad eminentemente de las mujeres que requiere mayor educación e involucramiento de las familias, de la sociedad y de las propias gestantes tanto desde su condición biológica para conocimiento de su cuerpo y de las posibilidades de intervención, como de género respecto de su rol en la maternidad y la paternidad. - Las condiciones de un SGSSS que desde el punto de infraestructura física y de talento humano dificultan que la atención recibida corresponda a las necesidades de las gestantes de percibir una atención que satisfaga sus expectativas frente a la atención del personal en salud que las atiende.

La logística de funcionamiento mercantilista del SGSSS es un factor que incide directamente sobre el proceso de implementación de las prácticas positivas de atención

del parto recomendadas por la OMS para las mujeres gestantes; toda vez que las usuarias del sistema acceden a los recursos (camillas, métodos de analgesia, medicamentos, infraestructura, acompañantes) según la disponibilidad que les supone su capacidad adquisitiva, lo que les condiciona directamente el acceso a condiciones equitativas en su atención al pertenecer al régimen subsidiado de atención en salud o al régimen contributivo sin el pago adicional de pólizas o planes complementarios.

Los significados de las buenas prácticas de la atención del parto para los médicos especialistas en ginecología en el marco de la prestación de los servicios en el SGSSS se relacionan con la institucionalidad más allá de la atención médica, por lo que para la adopción e implementación de la política de parto humanizado se requiere generar cambios que inician desde la educación de todos los actores que intervienen en el evento de atención del parto (médicos, enfermeras, auxiliares, mujeres, familia, sociedad), pasando por la adecuación de la infraestructura de atención intrahospitalaria y el incentivo del personal de salud que redunde en un mejoramiento de sus condiciones, que a su vez les permita pensar más en la atención de las mujeres gestantes y menos en los tiempos y las restricciones del contexto en el que actualmente se ofertan los servicios.

En sentido con lo anterior, para los médicos especialistas en ginecología se requiere favorecer la adopción e implementación de las buenas prácticas de la atención del parto de manera equitativa para todas las mujeres independientemente de su estrato económico, con base en el cambio de las condiciones del SGSSS propendiendo la prestación de la atención por parte de profesionales incentivados que se deben reconocerse como seres humanos iguales a las personas que atienden.

## 8. RECOMENDACIONES:

---

De acuerdo a los resultados encontrados se generan las siguientes recomendaciones:

- Se debe partir por reconocer que si bien la percepción de la calidad de la atención en salud no sólo depende de la infraestructura y de los recursos, la materialización del enfoque de unas buenas prácticas con base en las recomendaciones de la OMS significan la intervención de las condiciones en las cuales actualmente se generan las propuestas de parto humanizado para la verificación de los tiempos, los servicios y las causas que determinan las prácticas del personal asistencial.
- En tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios ofrecen la implementación de buenas prácticas para la atención de las mujeres gestantes bajo el enfoque de parto humanizado, se recomienda dar continuidad a estudios que permitan la comparabilidad de los discursos de los médicos especialistas frente a los de las mujeres en diversos contextos de atención (clínicas privadas, hospitales) considerando las diferencias que supone el acceso a los servicios dependiendo del estrato socioeconómico y la vinculación al SGSSS (contributivo, subsidiado, plan complementario).
- La educación para el mejoramiento de la atención en salud requiere la modificación de los pensum universitarios para la formación de habilidades blandas en las que los profesionales no sólo de medicina sino también de enfermería con especialidades y subespecialidades de ginecología, puedan concientizarse acerca de la importancia de su rol como líderes en la atención del proceso del parto y así puedan propiciar alternativas que desde su experticia redunden en que el personal de salud pueda adherirse dentro de las posibilidades del SGSSS a las recomendaciones de buenas prácticas para la atención del parto y parto humanizado.
- La educación de las mujeres y de las familias gestantes en las IPS a través de unos buenos contenidos en los cursos de preparación para el parto en todos los niveles de afiliación del SGSSS, es indispensable para el conocimiento de las alternativas médicas que existen para la atención del evento, de las indicaciones para los procedimientos de intervención médica, de las ventajas y desventajas de la cesárea como procedimiento

para la mujer y su hijo, de las alternativas de analgesia, de la importancia de la respiración y de todas las indicaciones que de manera previa al parto pueden incidir directamente sobre las expectativas de las mujeres y sus familias frente a la atención del parto dependiendo de la IPS en la que vayan a ser atendidas, entendiendo la heterogeneidad que existe en las diferentes instituciones.

- Se hace necesario visibilizar desde la investigación en salud en Colombia, la efectividad en la implementación de las buenas prácticas para la atención del parto en IPS como el Hospital Regional de Duitama, a fin de poder conocer los resultados de las experiencias positivas y analizar las estrategias que se hace necesario adoptar en el marco de la atención en salud por parte de los profesionales y los desafío que existen desde el SGSSS para reducir las brechas de inequidad en términos de la atención a las gestantes en función del régimen de afiliación al que pertenecen.

## 9. REFERENCIAS

---

1. Lois I. TESIS DE MAESTRÍA EN GÉNERO SOCIEDAD Y POLÍTICAS – PRIGEPP/FLACSO [Internet]. 2013 [cited 2019 May 28]. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6331/1/TFLACSO-2013IPL.pdf>
2. Castro Pérez R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos [Internet]. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. 2017 [cited 2019 May 27]. Available from: [www.clacso.edu.ar](http://www.clacso.edu.ar)
3. BIREME / OPS / OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. 2017. 2017 [cited 2018 May 13]. p. 1–29. Available from: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
4. Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asam Gen [Internet]. 1993 [cited 2019 May 28];7. Available from: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
5. Naciones Unidas (2018). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL [Internet]. Publicación de las Naciones Unidas. 2018 [cited 2019 May 28]. 43 p. Available from: [www.cepal.org/es/suscripciones](http://www.cepal.org/es/suscripciones)
6. Naciones Unidas. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer - Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenible . 2016 [cited 2019 May 5]. p. Objetivo 5. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
7. Warren CE, Njue R, Ndwiga C, Abuya T, Kabo JW, SuellenMilleraAndreLalonde, et al. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018 [cited 2019 May 28];14(1):1–9. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto , Transformar la atención a mujeres y neonatos para. Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud [Internet]. 2018;WHO-RHR-18(8):1–8. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
9. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico + [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/646/1/261-Scott, Joan W.pdf>
10. Sof G, Bentancur C, Cesio JH, Ni S. Creencias Populares En Torno a La Salud Materna Y El. 2010;
11. Lamas Marta. La antropología feminista y la categoría genero. Nueva Antropol

- [Internet]. 1986 [cited 2019 May 28];VIII(30):173–98. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>
12. Garzón Fernández M. EQUIDAD DE GÉNERO PARA LAS MUJERES EN COLOMBIA [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: [https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/17741/1/Artículo Equidad de Género para las Mujeres en Colombia.pdf](https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/17741/1/Artículo%20Equidad%20de%20Género%20para%20las%20Mujeres%20en%20Colombia.pdf)
  13. Profamilia, National Ministry of Health and Social Protection (Colombia). Colombia Demographic and Health Survey 2015 - Final Report, part I. 2015;1–430. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
  14. Ribera Casado J. Medicina integral : medicina preventiva y asistencial en el medio rural. [Internet]. Vol. 40, Medicina Integral. IDEPSA; 1980 [cited 2019 May 25]. 434–445 p. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-medico-paciente-15330>
  15. Sanmamed Santos M. JF de. Antropología, género, salud y atención. Gac Sanit [Internet]. 2011 [cited 2019 May 27];25:259–259. Available from: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112011000300016&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112011000300016&script=sci_arttext&tlng=en)
  16. Luz M, Josep M. Antropología, género, salud y atención. 2010.
  17. UNMSM UNM de SM. Concepto de Buenas Prácticas [Internet]. 2015. Available from: [http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/MS\\_RB\\_08\\_Concepto\\_Buenas\\_Practicas.pdf](http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/MS_RB_08_Concepto_Buenas_Practicas.pdf)
  18. Tena C et al. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Rev Med IMSS. 2003;41(5):407–13.
  19. Manuel V, Aragón A. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) La relación médico-paciente. Cir Gen. 2011;33:122–5.
  20. Texto Definitivo Proyecto No. 063 de 2017 Cámara de Representantes Colombia 2018. Ley de Parto Humanizado - Documentos de la cámara de representantes [Internet]. Gaceta N° 664 de 2017 del Congreso de la República. Bogotá, Colombia; 2017 [cited 2019 May 5]. Available from: [http://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2018-08/Texto Definitivo Proyecto No. 063 de 2017 Cámara\\_0.docx](http://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2018-08/Texto%20Definitivo%20Proyecto%20No.%20063%20de%202017%20Cámara_0.docx)
  21. Mayo Clinic. Trabajo de parto y parto: analgésicos [Internet]. Mayo Clinic. 2018 [cited 2019 May 4]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/labor-and-delivery/art-20049326>
  22. Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. Matronas Prof [Internet]. 2008;9(2):5–11. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n2pag5-11.pdf>
  23. Blumer HB, Mead GH, Dewey J, Thomas WI, Park RE, James W, et al. La posición metodológica del interaccionismo simbólico. 1992.

24. Tornquist CS. [The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003;19 Suppl 2(2):S419-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15029361><http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>
25. Valeria V. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.Colombia; 2016. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19135/VallanaSalaVivianaValeria2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. López GV. Relacahupan- 10 años de trabajo , desafíos y logros Relacahupan – 10 anos de trabalho , desafios e conquistas Relacahupan – 10 years of hard work , challenges and achievements. *Rev Tempus Actas Saúde ColT*. 2010;4(4):233–6.
27. Tamayo Muñoz J, Restrepo C, Gil L. Violencia obstétrica y aborto . Aportes para el Grupo. *Grup Med Por El Derecho a Decidir* [Internet]. 2015; Available from: [http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/02/GDC\\_Obstetric-Violence\\_ES-1.pdf](http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/02/GDC_Obstetric-Violence_ES-1.pdf)
28. Alvarez-Bravo A. Mortalidad materna. *Gac Med Mex* [Internet]. 1970 [cited 2019 May 29];100(6):555–63. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
29. Poljak AV. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Rev Venez Estud la Mujer*. 2009;14(32):125–46.
30. Galimberti D, Mazzoli P. “Violencia Obstétrica” [Internet]. Buenos Aires, Argentina.; 2015 [cited 2019 May 26]. Available from: [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)
31. Noticias ONU. Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos [Internet]. 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
32. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. *Curso Med Natur*. 2003;1.
33. Biurrún Garrido A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [Internet]. Universidad de Barcelona; 2017. Available from: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Senado E, Penades G, Horacio D, Catalurda S. Ley N° 17.386 DISPONESE QUE TODA MUJER DURANTE EL TIEMPO QUE DURA EL TRABAJO DE PARTO, INCLUYENDO EL MOMENTO DEL NACIMIENTO TENDRA DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA DE UNA PERSONA DE SU CONFIANZA O EN SU DEFECTO, A SU LIBRE ELECCION DE UNA ESPECIALMENTE ENTRENAD [Internet]. 2011 [cited 2019 May 29]. Available from: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor>
35. Wenden AL. Ley 25929 parto humanizado. Ciudad de Buenos Aires Argentina; 2015 p. 1–25.

36. OPS/OMS CLAP - Por una Ley de Parto Humanizado en Ecuador [Internet]. [cited 2019 May 29]. Available from: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=375:por-una-ley-de-parto-humanizado-en-ecuador&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=375:por-una-ley-de-parto-humanizado-en-ecuador&Itemid=215&lang=es)
37. Santiago Negrón M de L, González Calderón SM, Nolasco Santiago M. Ley Núm 156 del 10 de Agosto de 2006. Ley de Acompañamiento durante el trabajo de parto, Nacimiento y Post-Parto [Internet]. 2006. Available from: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006156.htm>
38. Iribarren R. La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario [Internet]. Universitat de Lleida. 2015 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57438/riribarreng.pdf?sequence=1>
39. Amaya J, Ariza K, Beltrán A, Ronderos M, Quevedo M, Matallana M, et al. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Evaluación de la implementación [Internet]. 2014 [cited 2019 May 29]. 118 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf>
40. Luis J, De L, Cuesta LA, De La M, Social P, Gonzalo J, et al. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA [Internet]. 2003 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.pdf>
41. Montes Muñoz MJ. Cuerpos gestantes y orden social: Discursos y prácticas en el embarazo. Index de Enfermería [Internet]. 2008 [cited 2019 May 29];17(1):25–9. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
42. Salas Astrain R. El mundo de la vida y la fenomenología sociológica de Schütz apuntes para una filosofía de la experiencia. Rev Filos [Internet]. 2006;15:167–200. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2293997>
43. Schütz DA. La fenomenología de Alfred Schütz y la teoría del significado. 2005. p. 1–5.
44. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit. 2012;26(3):236–42.
45. M SM& R. El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. Rev y Ciencias Sociales [Internet]. 2015 [cited 2019 May 29];6:61–72. Available from: <http://www.revistacontenido.com/wp-content/uploads/2015/12/RC6-Sadler-Michelle-y-Rivera-Magdalena-El-temor-al-parto.pdf>
46. Ruiz Pérez LC. Profesionalismo en la práctica médica. Revista Mexicana de Neurociencia. 2008;9(5):327–9.
47. Villanueva-Egan LA. Monografía. Operación cesárea. Una perspectiva integral. Rev la

Fac Medicina, UNAM. 2004;47:246–50.

48. Villanueva L. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED [Internet]. 2010;15(3):147–51. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393251&info=resumen&idioma=ENG>
49. Zeppelin M. La deshumanización de la salud. Instituto de bioética: Universidad Finis Terrae. 2016.
50. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Minsalud. 2011.
51. Ruiz Gómez F, Arias JF, Barragan Avila M, Lopez Villa A, Ariza Montoya JF. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Ministerio de Salud y Protección Social. In: POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Un sistema de salud al servicio de la gente.” 2016.
52. Sarsosa-Prowesk K, Charria-Ortiz VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. Univ y Salud [Internet]. 2017 [cited 2019 May 29];20(1):44. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
53. Jefes de Servicio de Obstetricia y Ginecología de España SEGO 2005. Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología [Internet]. España; 2005 [cited 2019 May 29]. Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/informacion\\_parto/Organización\\_Sº\\_O&G\\_SEGO-2005.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/informacion_parto/Organización_Sº_O&G_SEGO-2005.pdf)
54. Salvá AR, Pérez AÁ, Lorenzo IS, de Vos P, Bonet Gorbea MH, Van der Stuyft P. Inventario del clima organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2010;
55. Agudelo-Calderón CA, Ubaque JCG, Robledo-Martínez R, Caicedo CH. Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. RESÚMENES FORO EXTENSIÓN “SALUD Y Calid VIDA” Caracter. 2013;
56. Arango Urrea JD, Molina Berrío DP, Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L. La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2018 Dec 11 [cited 2019 May 27];17(35). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24381>
57. Luna–García JE, Urrego Mendoza Z, Gutiérrez Robayo M, Martínez Durán A. VIOLENCIA EN EL TRABAJO EN EL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD: UNA VISIÓN DESDE LAS PERSONAS TRABAJADORAS. BOGOTÁ, COLOMBIA 2011 – 2012. Rev la Fac Med [Internet]. 2015 Aug 25 [cited 2019 May 29];63(3):407–17. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/51027>
58. Roberto Hernández Sampieri MC, Fernández Collado C, Pilar Baptista Lucio D, de la Luz Casas Pérez M. Metodología Invest. Hernandez Sampieri [Internet]. 5th ed. Mc. Graw Hill - Educación, editor. Didtrito Federal: Mc. Graw Hill - Educación; 2010. 4–454 p. Available from:

[https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n_Sampieri.pdf)

59. Paul R. El Interaccionismo Simbólico. Ther Mak Symb Interact [Internet]. 1979 [cited 2019 May 29];(1902):10. Available from: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33852754/EL\\_INTERACCIONISMO\\_SIMBOLICO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559184375&Signature=v3fAxY%2Febg918fTs0LaqSNgLfKI%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3D2.\\_EL\\_INTERACCION](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33852754/EL_INTERACCIONISMO_SIMBOLICO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559184375&Signature=v3fAxY%2Febg918fTs0LaqSNgLfKI%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3D2._EL_INTERACCION)
60. en Roberto Hernández Sampieri MC, Fernández Collado C, Pilar Baptista Lucio D, de la Luz Casas Pérez M. METODOLOGÍA DELA INVESTIGACIÓN [Internet]. 1991 [cited 2019 May 29]. Available from: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n_Sampieri.pdf)
61. Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de moebio. 2016;
62. Sampieri H, Álvarez CAM. Los enfoques cuantitativo y cualitativo de investigación. In: Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa Guia didáctica. 2011.
63. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Univ Surcolombiana. 2012;
64. Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones TT - Methodology triangulation: principles, scope aaand limits. Invest Educ Enferm. 2000;
65. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía [Internet]. Vol. 14, Matronas Prof. 2014 [cited 2019 May 27]. 62–66 p. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
66. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sex Salud y Soc (Rio Janeiro) [Internet]. 2016 [cited 2019 May 28];(24):43–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
67. Castro R, Erviti J. Violencia ( s ), derechos y salud Roberto Castro Joaquina Erviti. 2015;
68. Westbrook LK, Dra T, Messina A, Romero M. Kaplan 2015 El parto humanizado\_ perspectivas de profesionales en las materni. 2015;
69. Briceño Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. Qual Health Res. 2018;28(8):1308–19.
70. Salud. OOM de la. Trabajo de Parto Inducido – métodos/Trabajo de Parto Inducido – Normas. Recom la OMS para la conducción del Trab parto. 2016;
71. Monroy Muñoz SA. El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. 2012 [cited 2019 May 30];169.

Available from:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/1/soniaandreamonroymuñoz.2012.pdf>

72. Cáceres-Manrique FDM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [cited 2019 May 27];68(2):128. Available from: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>
73. Cherjovsky R. La salud y la problemática de la educación médica .
74. Vélez Álvarez C, Jaramillo Ángel CP, Giraldo Osorio A. Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. Educ Médica [Internet]. 2018 Oct;19:179–86. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181317301675>
75. Arguello Ospina A, Sandoval Garcia C. El sistema de educación médica en Colombia: cien años de atraso. Rev Cienc Sal. 2006;
76. Camilo F, Cadena S. Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades del sistema de salud Colombiano. MEDUCAS UIS. 2016;

## ANEXO 1

### GUÍA DE INDAGACIÓN

Presentación de la actividad, entrevistador  
 Reglas de Juego (Duración, ambiente tranquilo - bebida caliente según disponibilidad)  
 Permiso para grabar. Presentación participantes, lectura de la historia de experiencia

<b>Relato de Experiencia</b>	<b>Indagaciones por Variables de OMS</b>
<i>Ana, es una mujer de 26 años que ha tenido dos partos. Ella considera que el proceso de atención de sus partos fue "normal": Al preguntarle acerca de su último parto relata lo que vivió y la relación que tuvo con los profesionales de salud que estuvieron a cargo de su atención</i>	<p><b>Tema:</b> Experiencia/Prácticas/Significados</p> <p>Contexto experiencia de mujeres en su atención de parto Contexto de percepción de mujeres frente a las prácticas y actitudes del personal a cargo de la atención del parto</p>
<i>El 24 de octubre del año 2018, empecé a sentir dolor en horas de la mañana con contracciones cada 30 minutos. Sin embargo, como yo ya había tenido una experiencia de parto hace 5 años en la que estuve hospitalizada más de 24 horas mientras dilataba, entonces decidí esperar a que las contracciones fueran más seguidas antes de buscar ayuda con el médico. A las 8:00 p.m., cuando las contracciones fueron más seguidas, me fui hasta el servicio de urgencias en donde primero me tomaron los signos vitales y me dijeron que me abrieron la historia clínica. Después me dejaron esperando en una camilla mientras el médico ginecólogo de turno me podía atender.</i>	<p><b>Tema:</b> Experiencia/Prácticas/Significados</p> <p><b>TRABAJO DE PARTO RESPETUOSO Y ATENCIÓN DURANTE EL PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Como genera usted empatía con sus pacientes?</li> <li>- ¿Qué entiende usted por una atención que respeta la privacidad de las mujeres gestantes en una sala de parto?</li> <li>- ¿Qué entiende usted por integridad física y trato digno en la atención de las mujeres gestantes en una sala de partos?</li> <li>- ¿Cómo maneja usted el estrés que causa en algunas maternas el hecho de tener que permanecer solo en bata y sin ropa interior?</li> </ul>
<i>Yo había comido bien en mi casa, por lo que al momento de llegar a la clínica sólo llevaba conmigo una botella de jugo natural que me acompañó durante el tiempo de espera para ingresar a la sala de partos.</i>	<p><b>Tema:</b> Experiencia/Prácticas/Significados</p> <p><b>INGESTA DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS POR VÍA ORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Le parece adecuado que durante el parto la paciente consuma alimentos o bebidas?</li> <li>- ¿Permite usted a la paciente recibir alimentos durante el trabajo de parto? ¿Por qué? ¿Cuáles?</li> <li>- Frente a la solicitud de una paciente para consumir líquidos o alimentos durante el parto, ¿qué información o acciones usted decide tomar?</li> <li>- En la atención de una materna de bajo riesgo y que se encuentra en trabajo de parto, ¿qué recomendaciones nutricionales y de ingesta de líquidos le sugeriría?</li> </ul>

<b>Relato de Experiencia</b>	<b>Indagaciones por Variables de OMS</b>
<p><i>Después de 30 minutos de estar en la sala de espera, apareció la doctora Marcela, y cuando me vio me dijo -“por favor baje de la camilla, usted sí puede caminar, entonces camine hasta el consultorio para poder examinarla”-. Yo podía caminar, pero sentía dolor y dificultad para caminar hasta el consultorio, en donde luego me pidió que me quitara la ropa y me pusiera la bata. Me puse la bata y luego me subí a la camilla para que me revisaran, entonces la doctora me hizo un tacto y me comentó que estaba en 8cm de dilatación, y que tenía que alistarme para el parto. Entonces la doctora llamó a la enfermera Patricia para que me canalizara y le dijo que me tuviera lista para el parto.</i></p>	<p><b>Tema:</b> <i>Experiencia/Prácticas/Significados</i></p> <p><b>COMUNICACIÓN EFECTIVA DE PARTE DEL PERSONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el primer contacto que tiene usted con las gestantes?</li> <li>- ¿Con qué frecuencia usted mantiene comunicación con las maternas para resolver o sugerir cualquier tipo de información?</li> <li>- ¿Qué cree que debe hacerse para el trato sea mutuamente respetuoso?</li> <li>- ¿Con base en su experiencia, cómo debe ser adaptada la atención según el tipo de usuaria? ¿Es decir, qué cosas diferentes se hace necesario hacer para atender a las mujeres gestantes según su edad, nivel de estudio o lugar de procedencia?</li> <li>- ¿Cómo controla usted la situación cuando una paciente le refiere que tiene dudas o temores con el proceso del parto?.</li> </ul>
<p><i>Durante la canalización, estuve incómoda con las contracciones, por lo que la enfermera me dijo que se le había olvidado tomarme antes unas muestras de sangre para el Laboratorio y que tenía que volver a chuzarme en el brazo. Entonces Yo me puse brava y le dije que no era “justo”. Pero Patricia me comentó que debía calmarme porque así iba a ser más difícil tomarme los exámenes y que si luego me dolía el brazo la culpa iba a ser mía por indisponerme.</i></p> <p><i>Luego de la toma de laboratorios, Patricia se dio cuenta que Yo me había afeitado mis partes íntimas, y entonces me dijo como estaba “lista” ahora sólo era necesario hacerme un lavado con agua fría y jabón líquido.</i></p>	<p><b>Tema:</b> <i>Experiencia/Prácticas/Significados</i></p> <p><b>COMUNICACIÓN EFECTIVA DE PARTE DEL PERSONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo asegura usted que el trato que le da a sus pacientes sea adecuado y oportuno además de respetuoso?</li> <li>- ¿De qué manera garantiza que las instrucciones que da a las maternas sean entendidas por ellas?</li> <li>- ¿Cómo garantiza usted que las usuarias de la sala de partos entiendan los procedimientos que se realizan?</li> </ul> <p><b>TRABAJO DE PARTO RESPETUOSO Y ATENCIÓN DURANTE EL PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué actividades de preparación le solicita usted a sus pacientes en términos de dieta, aseo, ejercicio u otro aspecto, para que lleguen preparada al momento del parto?</li> <li>- Dentro de las recomendaciones a tener en cuenta para la atención del parto, ¿qué indicaciones o sugerencias le brinda usted a las maternas?</li> <li>- Dentro del proceso de la preparación de la materna para la atención del parto, ¿cuál es su rol dentro del proceso de cuidado y atención de la paciente?</li> <li>- ¿Quién realiza las actividades de preparación en clínica para la atención del parto de las gestantes?</li> </ul>

<b>Relato de Experiencia</b>	<b>Indagaciones por Variables de OMS</b>
<p><i>Después me llevó hasta inyectología y me pide el favor de sentarme en una silla a esperar mientras se desocupa una camilla. Luis, que es mi esposo estaba en la sala de espera y Yo lo llamé para que me acompañara mientras tanto. Luego de 15 minutos, Yo sentí que las contracciones eran muy seguidas y le pedí a mi esposo que buscara a la enfermera para informarle la situación porque ya tenía muchas ganas de pujar.</i></p> <p><i>Cuando Luis encontró a la enfermera y le pidió que se acercara para ayudarme, ella llegó donde yo estaba sentada me preguntó – ¿mamá está segura que tiene ganas de pujar?-. Entonces yo le dije que sí y ella me trajo una camilla, pero me pidió que me levantara de la silla y me pasara yo sola a la camilla. Entonces yo ya me sentía incapaz de caminar y empecé a llorar y a pedir que trajeran a alguien para que me ayudara. Entonces Luis se puso bravo y le pidió a dos auxiliares de enfermería que se encontraban cerca que por favor le ayudaran a levantarme de la silla para pasarme a la camilla.</i></p>	<p><b>Tema:</b> <i>Experiencia/Prácticas/Significados</i></p> <p><b>APOYO EMOCIONAL DE UN ACOMPAÑANTE DE SU ELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentro de su experiencia como médico ginecólogo, ¿Qué aspectos considera importantes valorar y tener en cuenta en la atención de la paciente durante todo el proceso de la atención del parto y su estancia en el sitio de atención?</li> <li>- ¿En la entidad en la que usted se desempeña como médico se permite a las mujeres tener acompañamiento durante su trabajo de parto? ¿Quién?</li> </ul> <p>¿Le parece útil o adecuado que durante el parto alguien acompañe a la paciente? ¿Por qué?</p> <p><b>TRABAJO DE PARTO RESPETUOSO Y ATENCIÓN DURANTE EL PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué actividades de preparación le solicita usted a sus pacientes en términos de dieta, aseo, ejercicio u otro aspecto, para que lleguen preparada al momento del parto?</li> <li>- Dentro de las recomendaciones a tener en cuenta para la atención del parto, ¿qué indicaciones o sugerencias le brinda usted a las maternas?</li> <li>- Dentro del proceso de la preparación de la materna para la atención del parto, ¿cuál es su rol dentro del proceso de cuidado y atención de la paciente?</li> <li>- ¿Quién realiza las actividades de preparación en clínica para la atención del parto de las gestantes?</li> <li>- ¿Cuando las pacientes no siguen las indicaciones, qué tipo de cosas deben hacerse para garantizar que la atención sea efectiva? ¿Cómo soluciona la situación?</li> <li>- ¿Cómo se garantiza que la movilidad que se le pide a la paciente no interfiera con su integridad física (caídas, dolor)? (cuando llega al servicio, cuando se desplaza por sus propios medios, cuando se traslada de una camilla a la otra, y durante el parto</li> </ul>
<p><i>Después de eso, la enfermera me llevó en la camilla hasta una sala en donde había otro médico ginecólogo que yo no conocía y le pidió que por favor me revisara, porque me estaba quejando mucho y había empezado a gritar. Entonces el doctor Fernando me revisó y me hizo un tacto</i></p>	<p><b>Tema:</b> <i>Experiencia/Prácticas/Significados</i></p> <p><b>VIGILANCIA REGULAR DEL TRABAJO DE PARTO, DOCUMENTACIÓN DE EVENTOS AUDITORIA Y COMENTARIOS</b></p>

<b>Relato de Experiencia</b>	<b>Indagaciones por Variables de OMS</b>
<p>vaginal y le dijo a la enfermera que me pasaran rápido a salas que porque me encontraba en expulsivo</p> <p>El doctor Fernando me dijo -“puje, puje mamá”- entonces yo sentí que algo se rompió y empecé a expulsar líquido. Después me preguntó - ¿usted se encuentra en el programa de parto humanizado? -, y ella me respondió que sí. Entonces el doctor Fernando le pidió a Patricia que llamara a mi acompañante para que se cambiara rápido y entrara a sala de partos</p>	<p>- ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para realizar la vigilancia del trabajo de parto?</p> <p>- Dentro del marco para garantizar una óptima atención del binomio madre e hijo en la atención del parto ¿usted como ginecólogo(a), que actividades realiza?</p> <p>-¿Se realiza igual la vigilancia del trabajo de parto en todos los casos con auscultaciones o algún otro tipo de procedimiento?</p> <p>- ¿Qué hace usted cuando se presenta una complicación en el parto?</p> <p>- Según las políticas institucionales, en el caso que una materna llegue en trabajo de parto y no esté afiliada o su EPS no tenga convenio con la institución ¿qué acciones realiza usted?</p> <p>-¿Cuál es su decisión y acción a realizar en el caso en que una materna que llegue en trabajo de parto se complique y no esté afiliada o su EPS no tenga convenio con la institución?</p> <p><b>CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN</b></p> <p>- ¿Cuál es el primer contacto que tiene usted con las gestantes?</p> <p>- ¿Es frecuente que usted como encargado de la atención del parto, haya participado previamente en la etapa de control prenatal de la gestante?</p> <p>- ¿Considera pertinente la introducción de la figura de las parteras para la atención de gestantes en Colombia? ¿Por qué?</p> <p>Con nuestro actual sistema de salud, ¿considera usted viable la atención del parto en un contexto en el cual se introduzca la figura de las Doulas (o mujeres acompañantes de las gestantes) como un oficio? -¿Porqué?</p> <p><b>COMUNICACIÓN EFECTIVA DE PARTE DEL PERSONAL</b></p> <p>- ¿Con qué frecuencia usted mantiene comunicación con las maternas para resolver o sugerir cualquier tipo de información?</p> <p>- ¿Con base en su experiencia, cómo debe ser adaptada la atención según el tipo de usuaria? ¿Es decir, qué cosas diferentes se hace necesario hacer para atenderá las mujeres según su edad, nivel de estudio o lugar de procedencia?</p> <p>- ¿Cómo controla usted la situación cuando una paciente le refiere que tiene dudas o temores con el proceso del parto?.</p>

<b>Relato de Experiencia</b>	<b>Indagaciones por Variables de OMS</b>
	<p><b>TRABAJO DE PARTO RESPETUOSO Y ATENCIÓN DURANTE EL PARTO</b></p> <p>- ¿De qué manera garantiza que las instrucciones que da a las maternas sean entendidas por ellas?</p> <p>- ¿Cómo garantiza usted que las usuarias de la sala de partos entiendan los procedimientos que se realizan?</p>
<p><i>En la sala de partos había otro doctor que me pidió colocarme de medio lado y que subiera las rodillas hacia adelante y que me quedara muy quieta para evitar complicaciones. Entonces sentí una picada muy fuerte en la cintura y la entrada de líquido frío por la espalda. Después de esto no sentí más molestias y el parto fue rápido. Cuando el bebé nació, inmediatamente sentí que me lo colocaron sobre el estómago, y aunque pude sentirlo, no logré verlo porque todavía estaba en posición acostada y el ginecólogo estaba finalizando el procedimiento.</i></p> <p><i>Después, le pidieron a Luis que acompañara a la enfermera para alistar al bebé y hacerle el examen físico de rutina.</i></p>	<p><b>Tema:</b> <i>Experiencia/Prácticas/Significados</i></p> <p><b>MOVILIDAD EN EL TRABAJO DE PARTO Y POSICIÓN DE SU ELECCIÓN EN EL PARTO</b></p> <p>- ¿En el lugar donde usted trabaja existen los equipos que permiten que las usuarias puedan movilizarse o adoptar diferentes posiciones durante el trabajo de parto? ¿En caso afirmativo indique la institución? ¿Cómo?</p> <p>- ¿Sugeriría usted buscar actualizaciones en los equipos y recursos del servicio de la sala de partos de su institución, para atender las necesidades de cambios de posición de las pacientes?</p> <p>¿Qué posiciones permite y recomienda usted que la paciente adopte para la atención del parto?</p> <p><b>ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR</b></p> <p>- ¿Es usual que las pacientes soliciten ser atendidas sin ningún método de analgesia?</p> <p>- ¿Considera pertinente el uso protocolizado de analgesia para las gestantes?</p> <p>¿Cómo identifica usted que la paciente tiene dolor?</p> <p>- ¿Qué estrategias de analgesia utilizan?</p> <p>- Dentro de la atención del parto, ¿qué criterios o indicaciones importantes sugiere usted que se deben tomar para el manejo del dolor de la materna?</p> <p><b>VIGILANCIA REGULAR DEL TRABAJO DE PARTO, DOCUMENTACIÓN DE EVENTOS AUDITORIA Y COMENTARIOS</b></p> <p>- Dentro del marco para garantizar una óptima atención del binomio madre e hijo en la atención del parto ¿usted como ginecólogo(a), que actividades realiza?</p>

**PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE LA EXPERIENCIA (Categoría: PLAN DE DERIVACIÓN ESTABLECIDO)**

- *¿Cuál considera usted que ha sido la mejor experiencia de atención de un parto que ha realizado?*
- *¿Cuál ha sido su peor experiencia de atención de un parto?*
- *Dentro del protocolo de la atención y la complicación de un trabajo de parto, ¿qué acciones y medidas toma? O ¿cuál es su proceder con el paciente, familia y equipo de trabajo?- ¿Cuál es el procedimiento para remitir a nivel superior en el lugar en donde usted trabaja?*

**PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE LA PRÁCTICA:** Considerando las prácticas profesionales tanto individuales como colectivas en el ejercicio de la actividad médica, adicionalmente se preguntó:

- *De acuerdo con la historia, ¿cuáles identifica como prácticas adecuadas para la atención del parto, porqué?*
- *De acuerdo con la historia, ¿cuáles identifica como prácticas inadecuadas para la atención del parto?*

**PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE LOS SIGNIFICADOS:** Teniendo en cuenta que para conocer a los sujetos hay que evidenciar sus prácticas, que es la forma en que los sujetos significan sus actividades, adicionalmente se preguntó:

- *Considera usted viable la implementación efectiva de las recomendaciones de cuidado para una experiencia positiva del parto según lo definido por la OMS.*

## ANEXO 2

---

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Proyecto: Significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología de Colombia**

**Nombre de los investigadores:** Ginna Paola Quintana Martínez, Erika Lizeth Ávila Coca.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a médicos especialistas en ginecología de Colombia a quienes se les invita a participar en la investigación sobre el significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología de Colombia.

Al realizar una revisión en la literatura se evidencia que la mayor parte de las investigaciones sobre las prácticas en la atención del parto hacen referencia a la sistematización de experiencias de las mujeres y a la violencia obstétrica como fenómeno habitual; mientras que existen pocos estudios realizados desde la perspectiva de los profesionales en salud en relación al significado de las buenas prácticas de atención del parto. Es así como la propuesta de los autores de la investigación "*Significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología de Colombia*" tiene como objeto analizar los significados de las prácticas aceptadas en el proceso de la atención del parto para los ginecólogos, considerando sus experiencias tanto positivas como negativas, además de la evidencia existente en la literatura médica sobre el fenómeno de violencia obstétrica.

Lo anterior con el propósito de contribuir a la gestión del conocimiento desde una perspectiva en salud pública en el marco de la atención del SGSSS del país.

Su participación en este estudio es voluntaria con el compromiso de su parte de responder la entrevista con la mayor sinceridad, a partir de su formación y experiencia profesional. Quien dirija la entrevista tomará algunas notas y grabará en audio para facilitar su posterior transcripción.

#### **Riesgos de participación:**

Es una entrevista sin riesgo en tanto no se toman muestras, se realizan pruebas o se tratan fenómenos de enfermedad/salud que puedan alterar a la persona.

#### **Beneficios**

El participante no recibirá ninguna compensación de ningún tipo si bien podrá acceder al informe final de resultados si lo solicita explícitamente.

#### **Confidencialidad**

La información obtenida durante este estudio será utilizada únicamente para el propósito de estudio informado anteriormente, y el acceso a los datos recolectados será de acceso exclusivo para las personas del equipo de investigación de la Universidad El Bosque. La información se mantendrá

confidencial, su nombre no aparecerá en ninguna de las transcripciones y sólo se hará pública en forma de productos resultado de investigación, en los cuales es imposible saber quiénes fueron los participantes. Sin embargo si así lo desea su nombre será cambiado en los registro para garantizar absoluto anonimato.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea tiene alguna inquietud adicional, puede ponerse en contacto directo con las investigadoras: Ginna Paola Quintana Martínez correo electrónico [ginna.quintana@gmail.com](mailto:ginna.quintana@gmail.com) o Erika Lizeth Avila Coca correo electrónico [erika300905@hotmail.com](mailto:erika300905@hotmail.com) ; o si lo prefiere puede contactarse con la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad el Bosque: [msaludpublica@unbosque.edu.co](mailto:msaludpublica@unbosque.edu.co)

### **Formulario de firmas**

He sido invitado(a) a participar en el estudio. SIGNIFICADO DE LAS PRÁCTICAS POSITIVAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOBSTÉTRICIA DE COLOMBIA. Entiendo que mi participación será como entrevistado en una entrevista individual. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo.

Autorizo el uso y de mi información por parte las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

**Nombre del Participante**

**Firma del Participante y Fecha**

**Tutor legal del Participante**

**Firma del Tutor legal y Fecha**

**Investigador principal**

**Firma del Investigador y Fecha**

**Nombre del Testigo (I)**

**Firma del Testigo (I) y Fecha**

**Nombre del Testigo (II)**

**Firma del Testigo (II) y Fecha**