

**EVOLUCIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS
FUNDAMENTALES DURANTE LA GESTACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE
ATENCIÓN EN SALUD A PARTIR DE LAS NARRATIVAS DE MUJERES EN
CHÍA (1970-2023)**



Autora

PAOLA ANDREA SILVA ESPINOSA

Monografía presentada como opción de grado para optar por el título de

ABOGADA

Tutora

MARIA MARGARITA TIRADO ÁLVAREZ (Phd, MSc)

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE DERECHO CAMPUS NUEVA GRANADA
PROGRAMA DE DERECHO

CAJICÁ

24/06/2024

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico esta investigación a mi hijo Milan Fonseca, quien es el ser que más amo y quien a diario me motiva para ser una mejor persona y lograr grandes cosas. A mi mamá Martha Espinosa, que siempre ha creído en mí y ha tenido la paciencia de apoyarme en todas y cada una de mis ideas y proyectos.

Lo dedico a ellos, que han sido mis maestros de vida y que a diario con sus actos me demuestran que el amor sincero y desinteresado si existe.

AGRADECIMIENTOS

Al universo por ponerme en la carrera de Derecho, una profesión que a través de los años aprendí a amar.

A mi mamá, por creer en mí cuando nadie más lo hacía, por su paciencia, apoyo incondicional, amor, comprensión y palabras de aliento. Por tenerle fe en mí cuando yo no la tenía.

A mi trabajador social, Luis Alba, por ser una motivación constante en mi vida. Por recordarme que soy capaz de lograr todo lo que me propongo y más.

A las grandiosas dieciocho mujeres que abrieron las puertas de su casa para contar su experiencia. Infinitas gracias por su tiempo y su honestidad, por el café caliente y jugo que, no esperaba, pero que con cariño prepararon y compartieron durante las entrevistas.

A la Doctora María Margarita por su paciencia, cariño, valioso conocimiento y entrega como mi tutora.

Finalmente, al ser que más amo, a mi hijo Milan, por abrazarme cuando lloraba porque sentía que mi vida estaba estancada, porque sin saberlo me da la energía que necesito a diario. Gracias por elegirme como tu mamá.

Contenido	
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
Contenido.....	4
RESUMEN.....	8
PALABRAS CLAVE.....	8
ABSTRACT	9
KEY WORDS	9
METODOLOGÍA: Enfoque, categorías de análisis y, diseño metodológico.	10
1. Categorías de análisis.....	10
2. Diseño metodológico	11
3. Cronograma de trabajo.....	12
COMPONENTE ÉTICO: Protocolos de preservación de datos y anonimización, consentimiento informado y, entrevista semiestructurada.	13
1. Protocolo de preservación y anonimización de datos.	13
2. Consentimiento informado.	15
3. Instrumento de recolección de información: entrevista semiestructurada.	18
INTRODUCCIÓN.....	21
CAPÍTULO 0. Aproximaciones conceptuales.	27
ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	27
1. La atención en salud en Colombia	27
a. Salud como derecho fundamental	27
b. Características del derecho a la salud	28
c. Accesibilidad como materialidad de la salud.	29
d. Sistema de salud en Colombia.....	29
e. Servicio de salud en Colombia.....	31
2. El municipio de Chía	32
3. Sobre los Derechos de las gestantes.....	32
a. Derechos Fundamentales	33
b. Derechos Humanos.....	34
c. Principio de la Dignidad Humana.....	36
d. Derechos de las Gestantes.....	37
4. La etapa de gestación.....	38

5.	Normas para tener en cuenta.....	39
a.	Ley de Habeas Data	39
b.	Ley de parto digno, respetado y humanizado.....	40
c.	Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-	40
d.	Despenalización del aborto.....	40
a.	¿Quién se entiende como personal asistencial?	41
7.	Violencia contra la mujer	42
a.	Violencia física	42
b.	Violencia obstétrica	43
c.	Violencia psicológica.....	43
8.	¿Qué significa que “vulneren” mis derechos?	44
9.	Trabajo de parto.....	44
	ANTECEDENTES JURÍDICOS.....	46
b.	Decreto 1398 de 1990	46
c.	Ley 984 de 2005	47
d.	Ley 1257 del 4 de diciembre de 2008	47
e.	Decreto 164 del 25 enero de 2010	48
f.	Ley 1639 del 2 de julio de 2013	48
g.	C-355-2006.....	48
h.	Proyecto de Ley 147 de 2017.....	49
i.	Sentencia C-055 de 2022.....	49
j.	Ley 2244 de 2022.....	50
	ANTECEDENTES CULTURALES	51
a.	Rol tradicional de la mujer como reproductora	51
b.	La imagen del médico como la autoridad	52
c.	La relación del médico con el paciente: Relación de tipo paternalista vs Relación basada en la autonomía del paciente	52
	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	54
a.	¿Cómo eran los partos antiguamente?.....	54
b.	El papel del médico	54
d.	Evolución histórica del rol de la mujer exclusivamente como procreadora.....	56
	CAPITULO 1. Estrategias jurídicas en Colombia sobre la protección de los derechos fundamentales de mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica	59

a. Ley 2244 de 2022.....	59
b. Derechos de las mujeres gestantes	59
c. Sanciones a quienes vulneren los derechos de las mujeres gestantes	63
1. Penales	63
o Artículo 104B: Circunstancias de agravación punitiva del feminicidio: Literal b... 63	
o Artículo 108: Muerte de hijo fruto de acceso carnal violento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas.	63
o Artículo 118: Parto o aborto preterintencional.	64
o Artículo 122: Aborto.	64
o Artículo 123: Aborto sin consentimiento.	64
o Artículo 125: Lesiones al feto.	64
o Artículo 126: Lesiones culposas al feto.	64
o Artículo 134: Fecundación y tráfico de embriones humanos.	64
2. Disciplinarias en el marco de la ética médica.	65
- Amonestación privada.	65
- Censura.....	65
- Suspensión del ejercicio de la medicina hasta por seis meses.	65
- Suspensión del ejercicio de la medicina hasta por cinco años.	66
CAPITULO 2. Identificación de los Derechos fundamentales vulnerados a partir de las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica.....	69
a. Derechos fundamentales evidenciados como trasgredidos.	69
- DERECHO A LA INFORMACIÓN:	69
- BUEN TRATO:	70
- VIDA:	70
- LIBERTAD DE CONCIENCIA:.....	70
- LIBERTAD DE EXPRESIÓN.....	71
- DERECHO DE PETICIÓN:	71
b. Razón por la que no se expresó la incomodidad	72
CAPITULO 3. Comparación de las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica, a través de los años.....	76
a. Por ubicación.....	76
b. Por edad.....	78
c. Diferencias entre parto primerizo y segundo o tercer parto.....	80

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	83
CONCLUSIONES DE MÉTODO	85
1. ¿Se cumplió el objetivo?	85
2. ¿Se respondió la pregunta?.....	86
3. ¿Se demostró la anticipación de sentido/hipótesis?	86
4. ¿Cuáles fueron los aportes del proceso investigativo para con la investigadora en lo profesional?	87
5. ¿Cuáles fueron los aportes del proceso investigativo para con la investigadora en lo personal?	87
RECOMENDACIONES PARA OTROS INVESTIGADORES	88
BIBLIOGRAFÍA	89

RESUMEN

Esta investigación quiso abordar una situación de la que poco se habla pero que ha sido experimentada por diversas mujeres durante muchos años, haciéndolas víctimas de un tipo particular de violencia: la violencia obstétrica. Para ello, se practicaron dieciocho entrevistas semiestructuradas a mujeres de diferentes edades, en el rango etario de 18 a 85 años, que fueran exclusivamente residentes en el municipio de Chía, obteniendo información referente a sus embarazos, partos y postpartos. Se observó una evolución en la apreciación de la vulneración de los derechos, a través de estas dieciocho narrativas, en las cuales se pudo evidenciar un cambio en la forma en que perciben y abordan la atención por parte del personal médico o asistencial durante el embarazo y el puerperio. Anteriormente, las prácticas de atención podrían ser representadas como normales o aceptables, incluso cuando estas eran una violación de los derechos fundamentales de la mujer en estado de embarazo o después de este. Sin embargo, a través del tiempo, las mujeres han comenzado a reconocer y cuestionar estas prácticas que vulneran sus derechos, pues ahora identifican las situaciones de abuso, la falta de respeto por parte del personal de salud y en general la violencia obstétrica que pudo presentarse en su experiencia durante el parto. Este cambio refleja que en la actualidad poseen un mayor nivel de información y conciencia y, con ello, de exigencia sobre el respeto de sus derechos durante la gestación y el puerperio, lo que demuestra la importancia de mejorar la calidad y humanización de la atención en salud hacia las mujeres gestantes del municipio de Chía, en particular y de Colombia, en general.

PALABRAS CLAVE

Gestación; mujer gestante; mujeres residentes en Chía; violencia obstétrica; derechos de las gestantes.

ABSTRACT

This research wanted to address a situation that is little talked about but that has been experienced by various women for many years, making them victims of a particular type of violence: obstetric violence. To this end, eighteen semi-structured interviews were carried out with women of different ages, in the age range of 18 to 85 years, who were exclusively residents of the municipality of Chía, obtaining information regarding their pregnancies, births and postpartums. An evolution will be observed in the appreciation of the violation of rights, through these eighteen narratives, in which a change was evident in the way in which they perceive and approach care by medical or care personnel during pregnancy and the puerperium. Previously, care practices could be represented as normal or acceptable, even when they were a violation of the fundamental rights of women during or after pregnancy. However, over time, women have begun to recognize and question these practices that violate their rights, since they now identify situations of abuse, the lack of respect on the part of health personnel and, in general, the obstetric violence that may have occurred in your experience during childbirth. This change reflects that they currently have a higher level of information and awareness and, with it, a demand for respect for their rights during pregnancy and the postpartum period, which demonstrates the importance of improving the quality and humanization of care in health towards pregnant women in the municipality of Chía, in particular, and Colombia, in general.

KEY WORDS

Gestation; pregnant woman; women residents in Chía; obstetric violence; rights of pregnant women.

METODOLOGÍA: Enfoque, categorías de análisis y, diseño metodológico.

Metodológicamente el proyecto titulado *“Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y 2023”* es de tipo cualitativo con un enfoque hermenéutico, de corte documental y sistemático de datos recolectados a través de la práctica de dieciocho (18) entrevistas semiestructuradas a mujeres residentes del municipio de Chía (Cundinamarca), que vivieron la experiencia gestante entre 1970¹ y 2023, con un perfil etario que ronda una edad máxima de alrededor de 80 años y un cálculo de la edad de gestación desde los 16 años *“(…) con descripción y características de un tema específico”* (Santander Universidades, 2021)

1. Categorías de análisis

Metodológicamente, siguiendo la estrategia propuesta por (Torres Bardales, 2007) dentro del proceso de investigación cualitativa de enfoque hermenéutico-propositivo, se eligieron seis categorías de análisis directamente relacionadas con el objeto de estudio a partir de cuya revisión independiente, se pudo identificar las particularidades de cada una y así, hacer análisis relacionales entre ellas a efectos de sustentar las ideas expuestas y contrastarlas con las narrativas halladas en las entrevistas.

Tales categorías fueron:

- a. Derechos fundamentales de las gestantes.
- b. Violencia Obstétrica.
- c. Narrativas de Mujeres gestantes.
- d. Mujer gestante en Chía.
- e. Normas para las mujeres gestantes.
- f. Derechos de las mujeres gestantes.

¹ Se eligió el tope máximo etario de ochenta (80) años, asumiendo que si en 1970 (inicio de periodo de estudio) la gestante tenía dieciséis años (edad permisible para ser madre en el entorno rural, propio del Chía de esa época), para 2023 tendrían aquella edad octogenaria.

2. Diseño metodológico

Su diseño metodológico se dividió en cinco (5) fases:

1. Fase bibliográfica: En esta primera fase se hizo una aproximación y estudio al tema mediante la revisión de documentos; esto con el fin de conocer el tema previo al desarrollo de la investigación.
2. Fase de profundización conceptual: En esta fase se estudió a profundidad el tema en concordancia con lo encontrado en la fase bibliográfica.
3. Fase Prueba Piloto: Teniendo en cuenta que incluye un trabajo de campo, se realizó una prueba previa a la realización de las 18 entrevistas semiestructuradas, con el fin de validar su claridad y pertinencia, y en caso de ser necesario, modificar la redacción de la entrevista. Dicha prueba piloto se practicó sobre una mujer de un rango etario entre 30 años y 85 años y dio como resultado la confirmación de su correcto planteamiento, así como la completitud y comprensión del consentimiento informado y, del protocolo de preservación de datos.
4. Fase de aplicación del instrumento: Por medio de una entrevista semiestructurada, previo proceso de consentimiento informado, se recolectaron los datos provenientes de las mujeres de diferentes edades del rango de estudio residentes del municipio de Chía para conocer su opinión respecto a la experiencia que tuvieron al momento del parto.
5. Fase de datos: Se refiere a la extracción de información obtenida de la aplicación del instrumento.
6. Fase de sistematización de datos recolectados: En esta fase se buscó ordenar los datos que se recolectaron en las entrevistas semiestructuradas a través del uso de una matriz de Excel.
7. Fase de conclusiones: En la última fase del proyecto, de acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas y en unión con los datos recopilados en el estudio del tema, se estudió la evolución de las experiencias y las percepciones sobre la violencia obstétrica siguiendo una línea de tiempo, exponiendo las conclusiones -científicas y de método- que darán cuenta si se confirma o no la hipótesis del proyecto.

3. Cronograma de trabajo.

Para el cronograma de actividades se propuso una duración de cinco (5) meses para la realización del presente proyecto, y fue dividido de la siguiente forma:

N°	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MES DE INICIO	DURACIÓN EN MES
1	Investigación del tema de acuerdo con diversos autores que han hablado sobre violencia obstétrica.	1	1
2	Conceptualización del tema de acuerdo con la normativa nacional e internacional.	2	1
3	Desarrollo del tema de acuerdo con la información obtenida en los numerales anteriores.	2	1
4	Análisis y estudio del tema para realizar las entrevistas.	3	1
5	Realización de entrevistas semiestructuradas a 25 mujeres gestantes exclusivamente residentes del municipio de Chía.	3	1
6	Recopilación de información obtenida de las entrevistas semiestructuradas.	4	1
7	Organización de lo recopilado	4	1
8	Contrastación de la información obtenida de fuentes bibliográficas investigadas con la información de las entrevistas	5	1
9	Conclusiones	5	1

Nota: Es de señalar que el tiempo final de ejecución se extendió a un año, por razones propias de la dinámica de la investigación.

COMPONENTE ÉTICO: Protocolos de preservación de datos y anonimización, consentimiento informado y, entrevista semiestructurada.

1. Protocolo de preservación y anonimización de datos.

PROTOCOLO PRESERVACIÓN Y ANONIMIZACIÓN DE DATOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia obstétrica es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio al recibir maltrato bien sea físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos no consentidos. Durante muchos años la violencia obstétrica ha sido un tema del que poco se habla y es un acontecimiento que muchas mujeres callan, es por esto que mediante el proyecto de grado titulado *“Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía (1970-2023)”* se pretende reconocer experiencias y puntualmente motivos por los cuales las mujeres en Chía guardan silencio al momento de ser víctimas de violencia obstétrica.

Para esto, se tendrá en cuenta la percepción, conocimiento, opinión y experiencias de mujeres que fueron o son gestantes, de diferentes edades, exclusivamente residentes del municipio de Chía que deseen participar ANÓNIMAMENTE respondiendo una entrevista semiestructurada con el fin de lograr recaudar información real sobre las experiencias al momento del parto y su percepción sobre el trato que tuvieron por parte del personal de salud.

Se espera que el proyecto posterior al recaudo y estudio de la información sea un precedente en el municipio para que las mujeres gestantes conozcan sus derechos y no existan más víctimas de violencia obstétrica en el municipio de Chía.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán bajo la custodia de PAOLA ANDREA SILVA ESPINOSA, adscrita al programa académico DERECHO, perteneciente a la **FACULTAD DE DERECHO CAMPUS** de la **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**, Sede Campus Nueva Granada y, será responsabilidad exclusiva de la investigadora participante en el proyecto.

Es por esto y teniendo en cuenta que el consentimiento informado se define como un procedimiento en donde se expresa de forma voluntaria la participación en una investigación luego de haber entendido los objetivos, beneficios, pros, contras, derechos, deberes y así como las responsabilidades, conociendo y entendiendo la Ley 1581 de 2012

“Ley de protección de datos personales o Habeas data”, el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia “Derecho a la intimidad” y demás normas, manifiesto que

1. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico.
2. Los archivos del estudio se guardarán bajo la custodia de PAOLA ANDREA SILVA ESPINOSA, adscrito al programa académico de DERECHO, perteneciente a la FACULTAD DE DERECHO CAMPUS de la UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA, Sede Campus Nueva Granada y, será responsabilidad exclusiva de la investigadora participante en el proyecto.
3. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge y miembros de la familia de los participantes.
4. En caso de requerir los datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de la prueba o procedimiento para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones y publicaciones, entre otros tipos de espacios de divulgación científica, con la firma del consentimiento informado se autoriza su uso.

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Firma

Huella índice derecho

2. Consentimiento informado.

Chía, _____(día), _____ (mes), _____(año)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia obstétrica es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir maltrato bien sea físico, humillación y abuso verbal en la gestación y en el puerperio, o procedimientos médicos no consentidos. Durante muchos años la violencia obstétrica ha sido un tema del que poco se habla y es un acontecimiento que muchas mujeres callan, es por esto que mediante el proyecto de grado titulado *“Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía (1970-2023)”* se pretenden reconocer experiencias e identificar motivos por los cuales las mujeres en Chía adoptan diversas actitudes al momento de ser víctimas de violencia obstétrica, especialmente aquellas que guardan silencio.

Para esto, se tendrá en cuenta la percepción, conocimiento, opinión y experiencias de mujeres que fueron o son gestantes, de diferentes edades, exclusivamente residentes del municipio de Chía que deseen participar ANÓNIMAMENTE respondiendo una entrevista semiestructurada con el fin de lograr recaudar información real sobre las experiencias al momento del parto y su percepción sobre el trato que tuvieron por parte del personal de salud.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán bajo la custodia de PAOLA ANDREA SILVA ESPINOSA, adscrita al programa académico DERECHO, perteneciente a la **FACULTAD DE DERECHO CAMPUS** de la **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA** Sede Campus Nueva Granada y, será responsabilidad exclusiva de la investigadora participante en el proyecto.

Se espera que el proyecto posterior al recaudo y estudio de la información sea un precedente en el municipio para que las mujeres gestantes conozcan sus derechos y no existan más víctimas de violencia obstétrica en el municipio de Chía.

Es por esto y teniendo en cuenta que el consentimiento informado se define como un procedimiento en donde se expresa de forma voluntaria la participación en una investigación luego de haber entendido los objetivos, beneficios, pros, contras, derechos, deberes y responsabilidades, conociendo y entendiendo la Ley 1581 de 2012 “Ley de

protección de datos personales o Habeas data”, el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia “Derecho a la intimidad” y demás normas:

Yo, _____ con documento de identidad _____ de _____, de manera libre y voluntaria, en ejercicio pleno de mis facultades, hago constar que:

Una vez informado sobre los propósitos y objetivos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada *“Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 a 2023”*, autorizo mi participación en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías.
3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán bajo la custodia de PAOLA ANDREA SILVA ESPINOSA, adscrita al programa académico de DERECHO, perteneciente a la **FACULTAD DE DERECHO CAMPUS** de la **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**, Sede Campus Nueva Granada y, será responsabilidad exclusiva de la investigadora participante en el proyecto.
4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge y miembros de la familia de las participantes.
5. En caso de requerir mis datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de la prueba o procedimiento para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones y publicaciones, entre otros

tipos de espacios de divulgación científica, autorizo su uso, si así lo considero, a través de la firma de este documento.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informada a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del usuario y/o acudiente con su respectiva huella:

Firma del usuario

Huella índice derecho

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Firma del usuario

Huella índice derecho

3. Instrumento de recolección de información: entrevista semiestructurada.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

EVOLUCIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES DURANTE LA GESTACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN EN SALUD A PARTIR DE LAS NARRATIVAS DE LAS MUJERES EN CHÍA (1970-2023)

EDAD: _____

1. ¿Cuántos hijos tiene?

a. 1 a 2 b. 3 a 4 c. Más de 4

2. ¿Cuántos partos ha tenido?

a. 1 a 2 b. 3 a 4 c. Más de 4

FECHA DE ÚLTIMO PARTO: _____

3. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

b. 1 a 2 b. 3 a 4 c. Más de 4

4. Para la primera gestación: Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de gestación? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de puerperio (dieta)? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No aplica)

6. Para la segunda gestación: Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de gestación? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No aplica)

7. Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de puerperio (dieta)? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No aplica)

8. Para la tercera gestación: Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de gestación? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No aplica)

9. Del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 excelente, ¿cómo calificaría la experiencia durante su proceso de puerperio (dieta)? (Tenga en cuenta el lugar y el trato por parte del personal de salud)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No aplica)

10. ¿En alguno de sus embarazos recibió malos tratos por parte del personal de salud? (Maltrato físico, psicológico, palabras degradantes, comentarios molestos)

SI NO

11. ¿En alguna de sus etapas de puerperio (dieta) recibió malos tratos por parte del personal de salud? (Maltrato físico, psicológico, palabras degradantes, comentarios molestos)

SI

NO

12. Narre su experiencia general sobre el trato recibido durante el embarazo y durante el puerperio (dieta)

13. ¿Piensa que reaccionaría de la misma forma si estuviera hoy en esa situación? Explique brevemente.

SI

NO

14. ¿Desea agregar algo más? Consejos para las futuras madres, puntos de vista, recomendaciones para el personal sanitario.

INTRODUCCIÓN

La vulneración de los derechos de las mujeres al momento de dar a luz como **situación problemática**, encuentra entre algunas de sus causas el que tradicionalmente se tuviese como objetivo principal del final del proceso de embarazo que el nacimiento ocurriera de forma clínicamente exitosa, en ocasiones dejando en segundo lugar la protección de la salud física y mental de la mujer gestante.

Sobre el particular, la Revista Chilena de Anestesia habla del dolor que puede presentar una mujer en este momento explicando que (...) *durante el trabajo de parto es considerado uno de los eventos más importantes, significativos e intensos en la vida de una mujer. Es ampliamente conocido que el trabajo de parto es causa de un dolor severo* “ (Cortés et al., 2020); de acuerdo con esto, se puede deducir que el momento del nacimiento, la mujer no se encuentra en condiciones para valerse por sí misma, dado que además del dolor físico está expuesta a emociones y vulnerabilidades que a veces se ignoran lo que se intensifica porque el personal de salud que la acompaña en ese momento tiene el control sobre ella y sobre las condiciones del parto.

Al estar expuestas las mujeres a eventuales situaciones de vulneración por parte del personal médico², se empezó a implementar el acompañamiento de un tercero durante el parto para dar seguridad y vigilar que no se cometieran actos reprochables en contra de la mamá y el recién nacido.

Un ejemplo de prácticas que clínicamente eran aceptadas por considerarlas seguras pero que no necesariamente procuraban bienestar a la parturienta, lo narran Yesika Barrera y Luis Bernardo Díaz sobre lo cual *“en la actualidad según el ginecólogo y psiquiatra Emilio Santos, la posición “de cubito supino” o tumbada, no es natural y se realiza por dos motivos: primero, la monitorización continua, la cual fue globalizada en los años 70 del siglo XX, en donde existía la creencia de ser un sistema de detección de sufrimiento fetal; luego, este afirma que en la actualidad no es completamente necesaria la inmovilidad de la madre. El segundo motivo es la supuesta prioridad del médico y la necesidad de una postura cómoda en el momento de la extracción del recién nacido (Santos, 2010), por tanto, el parir tumbada solo es menos engorroso para el personal médico, pero ello no supone que lo sea para la mujer en parto”* (Barrera & Díaz, 2018)

² Para efectos de facilitar la lectura, se incluirá en la expresión ‘personal médico’ el personal asistencial y auxiliar.

En este escenario se habla de la ‘violencia obstétrica’, consistente en un tipo de violencia que se ejerce en contra de las mujeres embarazadas, en labor de parto y en puerperio³, la cual constituye un acto infractor de los derechos de la gestante que requiere una especial protección en virtud del nivel de fragilidad transitoria que experimente.

Centrando la investigación en el país, la primera vez que se habló de la violencia obstétrica fue en la propuesta “Proyecto de Ley por el cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica”, impulsada por la Senadora Nadia Blen Scaff, que la declaró como una “modalidad de violencia de género” y sus consecuencias consistían en multas y/o suspensión del ejercicio de la medicina hasta por cinco años. (Proyecto de Ley 147 de 2017, 2017)

A su vez, la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 lanzó una declaración en donde decía que *“todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”* y expuso otro tipo de riesgo alusivo a que *“en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”* (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En 2019, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar publicó en su página un texto donde daba a conocer una investigación realizada por estudiantes de la Universidad Industrial de Santander en el año 2016 el cual concluyó que *“las madres gestantes desconocen sus derechos, no saben cómo identificar las agresiones y no están empoderadas para tomar medidas al respecto”*, lo que hace que las vulneraciones a sus derechos pasen desapercibidas y no se tomen medidas al respecto. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019)

Ahora bien, la violencia obstétrica y la vulneración a los derechos fundamentales de la mujer es una realidad que viene presentándose desde hace años en diversos lugares -por ejemplo, en América Latina-, lo que ha llevado a la estructuración de esfuerzos normativos para combatirla; tal es el caso de la Ley colombiana No 2244 de 2022 o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”; en Argentina, la Ley 25.929 de Parto Humanizado o; en Costa Rica con la Reforma a la Ley General de Salud Número 9824 en la que se protege a la mujer embarazada antes, durante y después del parto.

³ Entiéndase por puerperio el periodo o etapa de la mujer que comienza inmediatamente después de dar a luz. También llamada cuarentena pues suele tener una duración de cuarenta días.

Teniendo como precedente la mencionada existencia de una problemática presente en el país -entre otros-, esta investigación se centrará en las vivencias experimentadas por mujeres de distintas generaciones, residentes en el municipio de Chía, ubicado en el departamento de Cundinamarca a 25 minutos de la capital de la nación (Bogotá D.C), procurando identificar cómo ha sido la evolución de su percepción de la violencia obstétrica a lo largo del tiempo, desde el año 1970 hasta el año 2023, es decir, con mujeres en un rango etario máximo de aproximadamente 80 años que podrían haber sido madres a los 16 años de edad, mediante la recolección y análisis de sus narrativas que expongan las experiencias vividas durante la gestación y el puerperio (popularmente conocido en Colombia como ‘dieta’), cuál fue su reacción en ese momento y cómo es su pensamiento actual sobre el tema.

Finalmente se eligen solamente mujeres residentes del municipio de Chía por cuanto un porcentaje amplio e importante de la población estudiantil de la Universidad Militar Nueva Granada -Sede Campus Nueva Granada, Cajicá- es de la zona, por ende, se estaría abordando un tema problema local de salud pública que dotaría de mayor pertinencia la monografía.

Además, uno de los objetivos posteriores a presentar el proyecto es continuar con la visibilización del tema y contribuir al municipio de Chía con la erradicación de la violencia en la mujer, en distintos escenarios.

Es así como la **pregunta de investigación** a abordar apunta a identificar *¿Cómo ha sido la evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación y el puerperio, en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y el 2023?*

Se propone como **hipótesis/anticipación de sentido** que aunque no es viable generalizarlo, se plantea que la evolución de la percepción de las mujeres de distintas edades residentes del municipio de Chía ha pasado de la aceptación y la justificación inicial de la vulneración, al rechazo y búsqueda de información en el parto; la apreciación de la experiencia vivida por las mujeres de mayor edad se caracterizó por el desconocimiento de sus derechos como gestantes y, además, en que al momento de dar a luz se encontraban en un estado de vulnerabilidad lo cual no les permitió actuar como hubieran querido mientras que la percepción vivida por las mujeres más jóvenes se fortaleció con la conciencia de sí misma de la madre y del recién nacido.

Esta evolución da cuenta de una transformación paulatina de la existencia de vulneraciones en los procesos de parto, gracias a que con el tiempo las mujeres fueron conociendo más acerca del alcance y contenido de sus derechos debido a la educación, a las facilidades de acceso a la información y al reconocimiento igualitario de facultades para hombres y mujeres, cambiando la percepción de

estas como fuentes de reproducción y sumisión ante la importancia mayor del cumplimiento del rol social de madres, impuesto históricamente.

La presente investigación pretende alcanzar como **objetivo general** el *analizar la evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y el 2023.*

A su vez, busca alcanzar tres **objetivos específicos**, lo que da lugar a tres capítulos de este documento, a saber: a) *Sintetizar las estrategias jurídicas en Colombia sobre la protección de los derechos fundamentales de mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica entre 1970 y 2023;* b) *Identificar los derechos fundamentales vulnerados a partir de las narrativas expresadas por mujeres de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica entre 1970 y 2023 y;* c) *Comparar las narrativas expresadas por mujeres de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica, entre los años 1970 y 2023.*

Metodológicamente el proyecto titulado “*Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y 2023*” es de tipo cualitativo con un enfoque hermenéutico, de corte documental y sistemático de datos recolectados a través de la realización de dieciocho (18) entrevistas semiestructuradas a mujeres residentes del municipio de Chía (Cundinamarca), que vivieron la experiencia gestante entre 1970 y 2023, con un perfil etario que ronda una edad máxima de alrededor de 80 años y un cálculo de la edad de gestación desde los 16 años “*(...) con descripción y características de un tema específico*” (Santander Universidades, 2021)

El proyecto se desarrolló a partir de la información que se obtuvo del trabajo de campo realizado y la recopilación de datos reales provenientes de mujeres actualmente residentes en Chía.

Al tratarse de un trabajo de campo, el proyecto se realizó empleando una entrevista semiestructurada acompañada de protocolos de aseguramiento de estándares éticos, tales como el respectivo consentimiento informado y el documento de preservación y anonimización de datos; el instrumento se practicó específicamente a 18 mujeres residentes en el municipio de Chía con un límite etario superior de aproximadamente 80 años.

El estudio del tema propuesto se **justifica** por la identificación de una necesidad, la sustentación de su pertinencia y la exposición de unos beneficios.

En primer lugar, la necesidad de realizar la investigación nace porque a pesar de existir normas en Colombia que protegen a las mujeres gestantes, así como

consecuencias para el personal de salud que no respete sus derechos, aún se presentan este tipo de vulneraciones.

Por medio del presente trabajo, con fundamento en narrativas de las experiencias de las mujeres residentes en el municipio de Chía extraídas de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, se realiza un análisis bajo la estructura metodológica de una línea de tiempo donde se pueda observar si hubo o no un avance tanto de normas como del pensamiento y perspectiva de las participantes.

Se elige ese factor de localización geográfica por cuanto la investigadora reside ahí; ha conocido de primera mano la problemática entre sus círculos cercanos y mediales pertenecientes a la zona; identifica la necesidad de explorarla, sistematizarla, visibilizarla e impactarla; además de cursar sus estudios de derecho en una institución cercana.

La investigación titulada *“Evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y 2023”* es oportuna porque a pesar de que la violencia obstétrica no se trata de un tema nuevo, sino que desde hace siglos se viene presentando (Barrera & Díaz, 2018) es pertinente visibilizar las formas de violencia y las percepciones que aún se presentan en la cotidianidad gestante del municipio ya que por ser experiencias íntimas, es precisamente con el voz a voz y la identificación con la vivencia de la otra, que se conocen casos en los que se sintieron violentadas por parte del personal médico en diferentes centros de salud -no necesariamente de Chía- al momento de dar a luz.

Aunque hay normas que regulan este tema y las mujeres gestantes tienen derechos especiales, como se dijo, históricamente se han aceptado algunas prácticas que hoy día son consideradas como violencia obstétrica.

Adicionalmente, existen múltiples beneficios en la realización de la presente investigación, como, por ejemplo, la prevención del maltrato a partir de la visibilización de vivencias, acto provechoso para las futuras gestantes porque conocerán la experiencia de otras mujeres y de esto modo sabrán qué actitudes permitir o qué medidas abordar en caso de verse vulneradas, conociendo los procedimientos y prácticas que deben y no ser adoptadas por parte del personal de salud.

Por otro lado, también será de apoyo para el personal médico porque conocerán desde la perspectiva del paciente las falencias que hay en el momento de la prestación del servicio de salud gestacional lo que posteriormente ayudará a que el trato sea mejor y humanizado.

A su vez, será de gran ayuda para la ciencia jurídica ya que se aportará al campo del conocimiento y con ello, a la comunidad jurídica en general, tanto a los actuales como a los futuros abogados de cualquier Universidad del país y del exterior, al igual que servirá a la Universidad Militar Nueva Granada porque se trata de una investigación que *más que una opción de grado*, se constituye en *un aporte* que impacte la calidad de vida de una comunidad en particular del municipio de Chía, materializando además las funciones misionales de investigación y extensión social de la institución.

Finalmente, pero no menos importante, ayudará a la autora-estudiante, en lo personal y a título de investigadora en la edificación de un futuro como profesional especializada en temas de Derecho Médico.

CAPÍTULO 0. Aproximaciones conceptuales.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

En este primer capítulo, se abordan y desarrollan las definiciones importantes para el entendimiento del proyecto tales como en qué consiste la atención en salud, dónde está ubicado el municipio de Chía y por qué se eligió centrar la investigación allí, qué son los derechos fundamentales y los derechos humanos, sus diferencias y cuál es su importancia para las mujeres gestantes, qué es la dignidad humana, desde qué momento y hasta cuándo se habla de gestación; así mismo, se hará una explicación corta de las normas importantes que sustentan el objeto de estudio como la ley 1581 de 2012 sobre el tratamiento de datos personales, qué es la obstetricia, quiénes componen el grupo conocido como personal médico, qué es la violencia y, qué tipos de violencia existen en términos generales, haciendo énfasis en la violencia física, la obstétrica y la psicológica y, finalizando con la explicación de concepto que se utilizará en repetidas ocasiones: el de la vulneración.

1. La atención en salud en Colombia

Un término bastante utilizado por las personas es “la atención en salud es buena, regular o mala”⁴, sin embargo, no se conoce qué significa exactamente, ni qué abarca, pues se limita a entenderse más como ‘la forma en que atiende el médico’, sin embargo, es importante ir más allá y entender que también la Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público edificado en la categorización de la salud como una prerrogativa fundamental cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásques, 2011)

a. Salud como derecho fundamental

Uno de los conceptos más importantes asociados a la atención en salud es la noción de ‘Derecho fundamental a la salud’ que se debe estudiar en su sentido evolutivo al interior del país, desde su concepción como derecho no fundamental, pero sí de orden económico, social y cultural, pasando por su declaración fundamental por conexidad y luego como un derecho de primer nivel, de naturaleza autónoma.

⁴ Expresión coloquial escuchada por la investigadora en los procesos de interacción personal con distintos usuarios del sistema, como parte de su experiencia personal y de recaudación de información para la elaboración de este escrito.

Reconocido expresamente en el artículo 49⁵ de la Carta Política, el derecho a la salud como derecho fundamental, de acuerdo con la Sentencia T-487 de 1992 está ligado con el derecho a la vida. A pesar de que en esta sentencia no se profundizó el tema, el Ministerio de Salud y Protección Social dijo que el derecho a la salud tiene una importante conexión con el principio de la dignidad humana, así como con la integridad física, psíquica y moral. (Gañán, 2013)

Al ubicar el derecho a la salud como derecho autónomo, se encuentra que su edificación inicia en la Constitución Política de Colombia 1991 y que hace parte del bloque de constitucionalidad.

b. Características del derecho a la salud

El derecho a la salud tiene tres características según la Organización Mundial de la Salud, que son la 'No discriminación en la prestación de servicios', la 'Disponibilidad para atender' y la 'Accesibilidad al servicio',

En relación con la no discriminación encontramos que, al tratarse de un derecho fundamental, no se debe tener en cuenta sexo, edad, raza, entre otros aspectos, para prestar un servicio de calidad; no se debe restringir tampoco por ideologías y cultura.

Otra de las características que describe el derecho a la salud es la disponibilidad, no solo de tener actitud y aptitud de servicio sino el de tener los lugares, programas de salud, insumos y personal necesario y suficiente para cubrir con las necesidades de la población.

En adición, se tiene a la accesibilidad como una característica del derecho a la salud, se trata de que los servicios, establecimientos y personal estén a la mano de quién lo necesite, que sea accesible a todos. En este ítem se presentan cuatro dimensiones que se desarrollarán en el siguiente numeral. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Los anteriores principios se materializaron en Colombia con el reconocimiento de en una lista más extensa, especialmente con la Ley 100 de 1993 (Ley 100 de 1993, 1993) que habla de la 'universalidad, la eficiencia y la solidaridad' y con la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015, 2015) que propende por la observancia de estándares de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad, universalidad, interpretación *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos de NNA, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad además de la protección a los pueblos indígenas, Rom, negras, afro colombianas, raizales y palanqueras.

⁵ El artículo 48 constitucional habla del sistema de seguridad social en Colombia, pero es el 49 el que alude a la Salud de manera concreta.

c. Accesibilidad como materialidad de la salud.

Una de las características que más debe asegurarse en el derecho a la salud es el de la accesibilidad, ligada a la dignidad humana, así:

(...) “precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva es que el derecho a la salud, sin lugar a dudas, es un derecho fundamental; y como derecho seriamente fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos y no solo para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela.”(Gañán, 2013)

Esta característica cuenta con 4 dimensiones importantes -congruentes con los principios ya señalados- que se deben desarrollar: aceptabilidad, calidad, universalidad y, rendición de cuentas.

La *aceptabilidad* significa que el personal médico y todos aquellos involucrados en prestar el servicio de salud deben ser respetuosos no solamente con la ética médica, sino también con la ideología y cultura del paciente, así como que el trato debe ser apropiado a cada situación individual.

Respecto de la *calidad*, simplemente se trata de que se debe prestar un servicio apropiado y acorde a preservar la salud y la dignidad humana de conformidad con buenos estándares ya definidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2024)

En tercer lugar, encontramos la *universalidad*, enfoque que está basado en los derechos humanos; trata sobre la importancia de poder ejercer el derecho sin importar el lugar donde se encuentre, pues se cimenta en los derechos humanos y por tanto son universales e inalienables.

Finalmente, pero no menos importante, entendemos la *rendición de cuentas* como la importancia de observar y hacer seguimiento al cumplimiento de los derechos humanos como un deber de los estados y de los garantes de los derechos. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

d. Sistema de salud en Colombia

Estructurado por la Ley 100 de 1993, se compone de un sector de seguridad social (pensión y salud), un sector privado y un sector especial:

<i>TIPO DE REGIMEN</i>	<i>AFILIADOS</i>	<i>FORMA DE OPERAR</i>
<i>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</i>	<i>Afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo.</i>	<i>Opera con base en las cotizaciones de los afiliados. Opera bajo el régimen aplicable al servicio público.</i>
<i>RÉGIMEN SUBSIDIADO</i>	<i>Afilia a todas las personas sin capacidad de pago.</i>	<i>Opera con base en un subsidio cruzado del Régimen Contributivo más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales.</i>
<i>REGIMEN ESPECIAL</i>	<i>Afilia a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, ECOPETROL, el magisterio y las universidades públicas.</i>	<i>Opera con aportes de las unidades y, en algunos casos, con contribuciones de los cobijados.</i>
<i>SECTOR PRIVADO</i>	<i>Planes voluntarios de salud: planes complementarios, medicinas prepagadas y, seguros en salud.</i>	<i>Se acude a consulta privada y se realiza el pago del bolsillo del contratante. Opera bajo el régimen del derecho privado, aunque trabaje con un bien de interés público, no se entiende como un servicio público a diferencia del SGSSS (Corte Constitucional, 2007)</i>

Ingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en uno de sus regímenes es obligatorio y se realiza por medio de la Entidad Promotora de Salud o mejor conocida como la EPS, quienes brindan servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud (POS) o POS-S para quienes pertenecen al Régimen Subsidiado, del que habla la Ley 100 de 1993 (Ley 100 de 1993, 1993) y sus normativas modificatorias o complementarias como la Ley 1438 de 2011 (Corte Constitucional, 2011); para su funcionamiento *“las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación*

(UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan” (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásques, 2011) estas últimas pueden brindar los planes complementarios que hacen parte de los voluntarios de salud.

Finalmente son las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) los lugares donde se presta el servicio a los afiliados. Estas IPS pueden o no estar integradas a las diferentes EPS. (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011)

e. Servicio de salud en Colombia

El servicio de salud en Colombia tiene fortalezas que nos hacen sobresalir ante otros países, como también tiene retos o falencias que todavía debemos vencer.

Entre sus *fortalezas*, encontramos que, por ejemplo, cuando una persona no labora y no tiene una EPS por lo tanto tampoco servicio de salud, ese factor de vulnerabilidad potencial es identificado mediante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y de este modo se le procura el servicio a través del régimen subsidiado que se alimenta de los tributos progresivos pagados a la nación por quienes tienen capacidad de erogación.

Igualmente se destaca que mediante la ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia (Corte Constitucional, 2006), se definen los Derechos y Deberes de los niños, niñas y adolescentes (NNA). En el artículo 29 de la mencionada ley, se indica el Derecho de los niños al Desarrollo Integral en la Primera Infancia:

“La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (seis) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.” (Corte Constitucional, 2006)

Es un Derecho de los niños y niñas residentes en el territorio colombiano entre los cero y los seis años, recibir atención en salud, de modo que son sujetos de atención prioritaria en todo el territorio nacional.

Así mismo también hay *retos* del servicio de salud; entre los aspectos que se deben mejorar está la falta de insumos en los centros de salud, los precios altos en algunos tratamientos o, insuficiente infraestructura -como cuando faltan camillas en los hospitales para suplir la atención a todos los usuarios que las necesitan (Salazar, 2023) por ejemplo, caso en el cual la solución que encuentra el personal de salud es dar de alta de forma prematura a los pacientes que, aunque

no están del todo recuperados, si se encuentran en mejor condición que otros; esta decisión no sólo genera dilemas éticos sino que hace que los pacientes se encuentren en riesgo y deban volver a los hospitales porque su condición de salud empeoró.

Por otro lado, debido a que la población va en aumento, se empieza a presentar deficiencias en la prestación del servicio, al punto de no poder tener una cita médica de más de 20 minutos (Ámbito Jurídico, 2022) porque se deben atender a un número mínimo de pacientes por hora, para asegurar la mayor cobertura pero también la rentabilidad del servicio. Así como, debido a la cantidad de personas que requieren de un especialista y los pocos especialistas y clínicas de especialistas, las citas pueden llegar a demorar 2 meses y más. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

2. El municipio de Chía

Teniendo como visión que el proyecto no solamente sea leído y tomado como precedente para futuros proyectos en temas similares en nuestro país, adicionando que el proyecto se limitará por espacio, se resalta la importancia de dar a conocer donde está situado el municipio de Chía.

De acuerdo con el documento técnico soporte POT de la Alcaldía de Chía en el año 2016, encontramos que el Municipio de Chía hace parte de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca, tiene una extensión de 80 kilómetros cuadrados aproximadamente, limita por el Norte con el Municipio Cajicá, por el Oriente con Municipio Sopo, por el Sur con el Distrito Capital Bogotá y con el Municipio de Cota, por el Occidente con los Municipios Tenjo y Tabio. La mayor parte de su territorio corresponde a la estructura orográfica de sus Cerros Orientales y Occidentales y en menor proporción a la zona del Valle con terrenos planos, donde se enmarcan ocho veredas; Bojacá, Yerbabuena, Fusca, la Balsa, Cerca de Piedra, Fonquetá, Tíquiza, Fagua, y dos zonas urbanas. (Secretaría de Planeación - Grupo de Ordenamiento Territorial, n.d.)

3. Sobre los Derechos de las gestantes

Ahora bien, centrándonos en el tema que concierne, es importante conocer qué son y cuáles son los Derechos fundamentales de las mujeres gestantes y qué son y cuáles son los Derechos Humanos. Es por esto por lo que se dividirán las definiciones para mayor claridad:

a. Derechos Fundamentales

Los Derechos Fundamentales son, según la Corte Constitucional en Sentencia T-418, de junio 18/1992, Magistrado Ponente Simón Rodríguez Rodríguez, aquellos “derechos que corresponden al ser humano en cuanto tal, es decir, como poseedor de una identidad inimitable caracterizada por su racionalidad que le permite ejercer sus deseos y apetencias libremente. de ahí que se les reconozca una dignidad -la dignidad humana que lo colocan en situación de superior en el universo social en que se desenvuelve, y por ello, es acreedor de derechos que le permiten desarrollar su personalidad humana y sin los cuales ésta se vería discriminada, enervada y aún suprimida”. (...) (Corte Constitucional, 1992)

Son pues, una materialización constitucional nacional de los derechos humanos.

Resaltando la importancia de los derechos fundamentales, también llamados derechos de primera generación, los encontramos en los primeros artículos en la Constitución Política de Colombia de 1991 (*Constitución Política de La República de Colombia*, 1991)

“Artículo 11: Derecho a la vida;

Artículo 12: Prohibición de la desaparición forzada, torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes;

Artículo 13: Igualdad ante la ley;

Artículo 14: Derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica;

Artículo 15: Derecho a la intimidad. Tratamiento de Datos;

Artículo 16: Libre desarrollo de la personalidad;

Artículo 17: Prohibición de la esclavitud y servidumbre;

Artículo 18: Libertad de conciencia;

Artículo 19: Libertad de cultos;

Artículo 20: Libertad de expresión;

Artículo 21: Derecho a la honra;

Artículo 22: Derecho a la Paz. Garantías de no repetición;

Artículo 23: Derecho de petición;

Artículo 24: Derecho de circulación;

Artículo 25: Derecho al trabajo;

Artículo 26: Derecho de elegir profesión u oficio;

Artículo 27: Libertad de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra;

Artículo 28: Toda persona es libre;

Artículo 29: Derecho al debido proceso;

Artículo 30: Habeas corpus;

Artículo 31: Toda sentencia podrá ser apelada, salvo excepciones expresas por la ley;

Artículo 32: Flagrancia;

Artículo 33: Nadie podrá ser obligado a declarar contra sí mismo, su cónyuge, compañero permanente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil;

Artículo 34: Se prohíben las penas de destierro, prisión perpetua o confiscación;

Artículo 35: Extradición;

Artículo 36: Derecho de asilo;

Artículo 37: Derecho a reunirse y manifestarse pública y pacíficamente;

Artículo 38: Derecho de asociación;

Artículo 39: Derecho de trabajadores y empleados a constituir sindicatos o asociaciones;

Artículo 40: Derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político;

Artículo 41: En las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la instrucción cívica.”

(Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

Por su importancia para el desenvolvimiento realizador de los ciudadanos, vienen a ser una fuente de interpretación y ponderación en la toma de decisiones judiciales, como sucede con la Acción de tutela, por ejemplo.

b. Derechos Humanos

Los Derechos Humanos son “*normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia ellos.*” (UNICEF, 2015)

Según el Nuevo Diccionario Enciclopédico Espasa (1998), se entienden los derechos humanos como *“Tener derecho a hacer lo que hace. Tener uno derecho a algo. Poder exigirlo.”*

Los Derechos Humanos se constituyeron y se encuentran en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, declaración que fue proclamada el 10 de diciembre de 1948 (La Declaración Universal de Los Derechos Humanos, 1948), con el fin de unir a las naciones, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París.

Entre estos derechos encontramos:

“Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados de razón y conciencia y deben comportarse fraternalmente los unos con los otros;

Artículo 2: Todas las personas tienen derechos y libertades;

Artículo 3: Derecho a la vida, la libertad y la seguridad;

Artículo 4: Prohibición de esclavitud y servidumbre;

Artículo 5: Prohibición de penas, tratos crueles, inhumanos o degradantes;

Artículo 6: Reconocimiento de personalidad jurídica;

Artículo 7: Igualdad ante la ley;

Artículo 8: Derecho a un recurso efectivo;

Artículo 9: Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso, ni desterrado;

Artículo 10: Toda persona tiene derecho a ser oída;

Artículo 11: Presunción de inocencia;

Artículo 12: Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra injerencias o ataques a su vida privada, familiar, domicilio, honra o reputación.

Artículo 13: Libertad de circulación;

Artículo 14: Derecho de asilo;

Artículo 15: Derecho a tener una nacionalidad;

Artículo 16: Derecho al matrimonio y a tener una familia;

Artículo 17: Derecho a la propiedad, individual y colectivamente;

Artículo 18: Libertad de pensamiento, conciencia y religión;

Artículo 19: Libertad de opinión y expresión;

Artículo 20: Derecho de reunión y asociación pacífica;

Artículo 21: Derecho a participar en el gobierno de su país. Derecho de igualdad a las funciones públicas de su país;

Artículo 22: Derecho a la seguridad social.

Artículo 23: Derecho al trabajo;

Artículo 24: Derecho al descanso;

Artículo 25: Derecho a un nivel de vida adecuado. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales;

Artículo 26: Derecho a la educación;

Artículo 27: Derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y participar en el progreso científico;

Artículo 28: Derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y deberes proclamados en la declaración sean plenamente efectivos;

Artículo 29: Todas las personas tienen deberes con la comunidad, puesto que solo de ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.”

(Declaración Universal de Los Derechos Humanos, 1948)

En conclusión podemos ver que tanto los Derechos fundamentales como los Derechos humanos salvaguardan a las personas, su diferencia varía en que los Derechos fundamentales que se estudian aquí son reconocidos para los Colombianos y/o residentes en el país de acuerdo a la Constitución Política de Colombia de 1991, mientras que los Derechos Humanos son aquellos de los que gozan todas las personas por el hecho de ser personas, sin limitantes de residencia, nacionalidad, entre otros, gracias a la declaración Universal de los Derechos Humanos, del 10 de diciembre de 1948.

c. Principio de la Dignidad Humana

Este es un término muy importante en el desarrollo del proyecto porque se menciona en varias oportunidades que el personal de salud debe respetar siempre la dignidad humana de la paciente.

La Corte en la Tutela 291 del 2016 ha determinado que la dignidad humana se entiende como:

“Entendido como derecho fundamental autónomo, la Corte ha determinado que la dignidad humana equivale: (i) al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal; y (ii) a la facultad que tiene

toda persona de exigir a los demás un trato acorde con su condición humana. Por tanto, la dignidad humana se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado.”(Corte Constitucional, 2016)

Viene como un elemento vital de interpretación para el análisis del alcance de otros derechos en ejercicios de ponderación para la toma de decisiones, así como un estándar orientador al momento de identificar factores de bienestar.

d. Derechos de las Gestantes

Dentro de las definiciones de Derechos Fundamentales y Derechos Humanos, encontramos algunos derechos que son exclusivos de las mujeres gestantes. En Colombia es muy común encontrar pancartas en los centros de salud y hospitales explicando a las mujeres gestantes sus derechos frente al sistema. Así mismo, encontramos que, en la Constitución Política de Colombia, el artículo 43 reza:

“La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”. (Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

A su vez, el artículo 239 del Código sustantivo del trabajo (CST) establece que ninguna trabajadora puede ser despedida por motivo de embarazo o lactancia, además dice que:

“1. Ninguna trabajadora podrá ser despedida por motivo de embarazo o lactancia sin la autorización previa del Ministerio de Trabajo que avale una justa causa.

2. Se presume el despido efectuado por motivo de embarazo o lactancia, cuando este haya tenido lugar dentro del período de embarazo y/o dentro de las dieciocho (18) semanas posteriores al parto.

3. Las trabajadoras de que trata el numeral uno (1) de este artículo, que sean despedidas sin autorización de las autoridades competentes, tendrán derecho al pago adicional de una indemnización igual a sesenta (60) días de trabajo, fuera de las indemnizaciones y prestaciones a que hubiere lugar de acuerdo con su contrato de trabajo.

Esta misma indemnización se aplicará en el caso del despido de un trabajador cuya cónyuge, pareja o compañera permanente se encuentre en es-

tado de embarazo o dentro de las dieciocho (18) semanas posteriores al parto y no tenga un empleo formal, fuera de las indemnizaciones y prestaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el contrato de trabajo.

4. En el caso de la mujer trabajadora que por alguna razón excepcional no disfrute de la semana preparto obligatoria, y/o de algunas de las diecisiete (17) semanas de descanso, tendrá derecho al pago de las semanas que no gozó de licencia. En caso de parto múltiple tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término.

5. Prohíbe el despido de todo trabajador cuya cónyuge, pareja o compañera permanente se encuentre en estado de embarazo o dentro de las dieciocho (18) semanas posteriores al parto y no tenga un empleo formal. Esta prohibición se activará con la notificación al empleador del estado de embarazo de la cónyuge, pareja o compañera permanente, y una declaración, que se entiende presentada bajo la gravedad del juramento, de que ella carece de un empleo. La notificación podrá hacerse verbalmente o por escrito. En ambos casos el trabajador tendrá hasta un (1) mes para adjuntar la prueba que acredite el estado de embarazo de su cónyuge o compañera permanente. Para tal efecto, serán válidos los certificados médicos o los resultados de exámenes realizados en laboratorios clínicos avalados y vigilados por las autoridades competentes.” (Código Sustantivo Del Trabajo, 1951)

Con esta norma podemos ver las garantías que tienen las mujeres respecto a conservar su trabajo cuando están en estado de gestación con fundamento en la estabilidad laboral reforzada reconocida por el ordenamiento jurídico edificado en la condición de gravidez de cara a la especial protección que esta tiene.

4. La etapa de gestación

Siendo una de las palabras más utilizadas durante el proyecto ya que va dirigido principalmente a esta población, la Real Academia Española (RAE, 2024) define a la gestante como la mujer que está embarazada.

Durante la gestación, las mujeres sufren cambios tanto físicos como psicológicos con el fin de adaptar el cuerpo en el desarrollo de un ser humano. Estos cambios pueden ser percibidos a simple vista como sucede con el aumento de la circunferencia abdominal, el aumento de las mamas y en algunos casos las mujeres sufren de hiper-pigmentación de la piel en diferentes zonas del cuerpo.

Por otro lado podemos encontrar cambios fisiológicos -menos evidentes- en diferentes sistemas del cuerpo; en lo cardiovascular se experimenta la relajación del músculo liso vascular, es decir una reducción en las resistencias vasculares periféricas lo que puede desarrollar trombosis venosa en los miembros inferiores; así mismo en el sistema cardiovascular/hematológico, puede haber un incremento

del volumen plasmático y del gasto cardiaco lo que desencadenaría una deficiencia de hierro o hasta anemia (Carrillo, 2021)

El sistema respiratorio también sufre trasformaciones durante la gestación, entre los que se encuentra el ensanchamiento capilar en las mucosas nasal, orofaríngea y, laríngea donde puede presentarse una epistaxis que es la pérdida de sangre de tejido que recubre la nariz (Carrillo, 2021). También puede aumentar el volumen de la reserva inspiratoria y disminuye la capacidad de ascenso diafragmático (Carrillo, 2021), es decir, que la mujer sentirá la sensación de falta de aire llamada también disnea y esto hará que aumente la frecuencia respiratoria.

La relajación del músculo liso del esófago y la compresión gástrica hace que el sistema gastrointestinal en la gestación produzca náuseas, pirosis⁶, regurgitación, estreñimiento, entre otros.

Entre los cambios que se producen en el sistema renal y urinario está la compresión del útero sobre la vejiga reduciendo su capacidad, además de la relajación del músculo liso ureteral que puede generar infección de vías urinaria, incrementando la frecuencia de la micción o deseos de orinar.

Finalmente, podemos decir que entre los cambios del sistema endocrino/metabólico está el aumento en los niveles de cortisol y de hormonas que, en caso de que la mujer presente previamente obesidad, favorecerá el desarrollo de diabetes gestacional. (Carrillo, 2021)

5. Normas para tener en cuenta

Entre las normas revisadas para fundamentar la investigación en lo conceptual, lo ético y, en lo metodológico, se encuentra la Ley de Habeas Data, la Ley de parto digno, respetado y humanizado, la alusiva a la Interrupción Voluntaria del embarazo IVE y la que tiene que ver con la Despenalización del aborto.

a. Ley de Habeas Data

Ley 1581 de 2012, también llamada la Ley de Habeas Data, es la que protege los datos personales, además que desarrolla el derecho que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que reposa en las bases datos o archivos. (Ley Estatutaria 1581 de 2012, 2012)

⁶ La pirosis se describe como una sensación de ardor, quemazón o "fuego" que sube desde la boca del estómago hasta el pecho e incluso la garganta. Puede aparecer a cualquier hora, con frecuencia después de llenar el estómago en exceso o ingerir algunos alimentos que favorecen el reflujo (grasas, cacao, café, alcohol) (Moreira & López, 2004)

Esta Ley se entrelaza al proyecto porque para poder desarrollar el tema se realizaron entrevistas semiestructuras y fue de vital importancia darla a conocer a quienes decidieron libremente participar en la investigación.

b. Ley de parto digno, respetado y humanizado

El 11 de julio de 2022 el Congreso de Colombia reconoció los derechos de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto por medio de la ley 2244 de 2022, también denominada como “ley de parto digno, respetado y humanizado”. (Ley 2244 de 2022, 2022)

En esta encontramos definiciones de los derechos y de los deberes de las mujeres en estado de embarazo y las obligaciones que tiene el Estado Colombiano para con las mujeres gestantes.

c. Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-

Es importante recalcar que mediante la sentencia C 355 de 2006, se despenalizaron tres causales para permitir la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-, las cuales eran:

- i. Cuando la mujer esté expuesta a un peligro para su salud física o mental.
- ii. Cuando existieran en el feto malformaciones que significaran que fuera del útero fuera inviable su vida.
- iii. En los casos en que la mujer estuviera en embarazo consecuente del delito de acceso carnal violento, debido a transferencias de óvulo fecundado o inseminación artificial no consentida. Estas tres causales, en la Ley de 2022 siguen vigentes.

(Sentencia C-355/06, 2006)

Posteriormente, en 2022, la despenalización fue ampliada en sus condiciones y tiempos de gestación.

d. Despenalización del aborto

Una de las sentencias que más polarización generó en nuestro país debido, por ejemplo, a las ideologías religiosas aun imperantes fue la Sentencia 055 de 2022 de la Corte Constitucional donde se despenalizó el aborto siempre y cuando se realice antes de la semana número 24 de gestación, preservando esa despenalización para las 3 causales reconocidas en la sentencia C-355 de 2006, cuando se realice a partir de la semana 25 (Sentencia C-055/2022, 2022)

Esta sentencia es importante tenerla en cuenta porque estando protegida por la ley y las normas colombianas, es decisión de la mujer que se encuentra en embarazo si desea o no dar a luz, escenario protegido por el ordenamiento lo que incluye que a la usuaria se le evite ser maltratada durante el procedimiento por comentarios y prácticas nocivas por parte del personal médico.

6. ¿Qué se entiende por personal médico?

Al personal médico -también llamado personal de salud o asistencial, para abarcar a todos los profesionales sanitarios- lo componen todas y cada una de las personas que están involucradas en actividades para mejorar la salud. También comprende a quienes proporcionan los servicios como lo son los médicos, las enfermeras, las auxiliares, las llamadas parteras, los odontólogos, los trabajadores comunitarios o trabajadores sociales, el personal de laboratorio, quienes suministran los farmacéuticos y demás personal que apoya. (Pérez, 2020)

a. ¿Quién se entiende como personal asistencial?

Es quien cuida y atiende a las personas, además de observar y asesorar al paciente en un ambiente hospitalario o ambulatorio, tales como son las enfermeras, o quien presta atención geriátrica. ("Personal Asistencial," n.d.)

b. ¿Qué se entiende como personal de salud o sanitario?

Según el artículo del Instituto Nacional de Cáncer el personal de salud es todo el equipo de personas que trabajan juntos para ayudar a un paciente; en el caso de las mujeres gestantes, el personal de salud incluye a:

- Doctores: Quienes es la persona que dirige el grupo del personal de salud o sanitario.
- Enfermeras: Son esenciales para los pacientes, son aquellas personas que apoyan y trabajan de la mano con los doctores y demás personal de salud.
- Farmacéuticos: Son quienes tienen el conocimiento necesario para entregar los medicamentos que los doctores recetan a sus pacientes.

Los dietistas, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, consejeros acreditados (lactancia), profesionales para la salud mental, terapeutas, fisioterapeutas, también son considerados personal de salud o personal sanitario ya que ellos son un apoyo para el paciente. ("Personal de Atención Para La Salud," 2015)

7. Violencia contra la mujer

Al tratarse de un proyecto con población específica como lo son las gestantes, es importante definir qué es la violencia contra la mujer y qué tipos de violencia existen y a los que pueden ser sometidas las mujeres en la gestación.

Cabe traer a colación, el trabajo extranjero de la Junta de Andalucía que realizó un documento titulado “*Violencia*” en donde se expresan los diferentes tipos de violencia a los que cualquier mujer puede ser víctima y define de una forma muy cruda qué es la violencia contra la mujer y cómo afecta esto a la sociedad:

“La violencia contra las mujeres es la manifestación extrema de la desigualdad y del sometimiento en el que viven las mujeres en el mundo. Constituye un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad y a la dignidad de las mujeres y por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática.” (Junta de Andalucía, n.d.)

Vale la pena recalcar un punto de vista de la autora -respetable y que se comparte- quien presenta la violencia contra las mujeres como un tipo específico de violencia debido a que se ve a diario con intensidad en todas las partes del mundo y ya no se trata de un problema que se deba tratar en privado sino de un problema público. (Lujan, 2013).

En 2008 el Congreso de la República de Colombia creó la Ley 1257 “*por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres (...)*”. En el artículo segundo se define la violencia contra la mujer así:

“Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.”(Ley 1257 de 2008, 2008)

a. Violencia física

Definido por Danna Rivera en su libro ‘*Violencia Obstétrica*’, la violencia física bajo la luz de las mujeres gestantes consiste en la práctica invasiva y muchas veces sin justificación realizada por parte del personal médico a las mujeres gestantes, más visto durante el trabajo de parto. (Rivera, 2023)

Cuando se escucha la palabra “*violencia*” automáticamente se cree que son agresiones físicas, más aún si hablamos de violencia obstétrica, sin embargo, se espera que mediante este proyecto de investigación se desmienta tal idea, pues no trata solamente de algo físico, sino que también hay prácticas ‘invisibles’ que también afectan la psique.

b. Violencia obstétrica

Este tipo de violencia es la que se presenta en las mujeres gestantes por parte del personal médico, de ahí la importancia de definirlo pues este es el problema central de la presente investigación.

“La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas.” (Rodríguez & Martínez, 2021)

Villegas la describe como *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos en las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”* (Villegas, 2009)

Es importante recalcar que son muchas las formas en que se puede presentar la violencia obstétrica; encontramos que Danna Rivera (Rivera, 2023) establece las características de la Violencia obstétrica y estas son:

Violencia Obstétrica Física: Cuando es realizado a la mujer practicas invasivas y el suministro de medicación, que no se encuentre justificado por el estado de salud de la gestante o incluso cuando no es respetado el tiempo ni las posibilidades del parto biológico. Sobre el particular, se puede incluir la cesárea innecesaria -a veces con fines lucrativos- como un acto de violencia física (Vásquez, 2016)

Violencia Obstétrica Psíquica: Se incluye el trato deshumanizado; grosero, ejecutando discriminación, humillación cuando la gestante ha solicitado asesoramiento o llegue a requerir alguna atención. También, se comprende la omisión de la información general en la evaluación del parto o el estado de su bebe. (Rivera, 2023)

c. Violencia psicológica

Aunque parezca que la violencia obstétrica se manifiesta solo de forma física mediante la realización de prácticas perceptibles por los sentidos, muchas veces sin consentimiento de la mujer gestante, como se explicó en el concepto anterior también ocurre que existe un tipo de violencia de corte ‘psicológico’ que de igual forma lastima a estas mujeres, que se ejerce por medio de palabras y/o actos del personal médico.

Para Danna Rivera en su libro sobre Violencia Obstétrica la define como el trato deshumanizado expresado en la discriminación y/o la humillación en el proceso de su proceso de embarazo, parto o post parto. (Rivera, 2023)

“Se entiende como toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de las personas, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional. Se incluye en esta categoría toda forma de abandono emocional (negligencia emocional).” (Tavera, 2016)

Este tipo de violencia se divide en dos; uno de ellos es la *violencia psíquica* o sobre la psique, es decir, la violencia que es mental, cerebral, y altera la capacidad de razonamiento, como el suministro de medicamentos innecesarios que alteran la razón.

Por otro lado, está la *violencia emocional*, que es aquella que afecta los sentimientos y puede impactar la autoestima. *“Reírse de alguien, imitarlo, hacer caras, hacer señas con dedos y manos, comentarios refiriéndose a la víctima como estúpida y fea y que todos en la escuela le odian. Burlas ofensivas con comentarios racistas (por raza, religión/credo, origen, color de la piel, características físicas o psicológicas), aprovecharse de alguna discapacidad física o mental, críticas respecto al origen, el nivel socioeconómico de la víctima o de sus familiares y amigos.”* Son formas de ejercer violencia emocional. (Tavera, 2016)

Como puede verse, hay violencias que se sufran con un chance menor de ser percibidas -y demostradas- incrementando el riesgo que quien las padece.

8. ¿Qué significa que “vulneren” mis derechos?

Teniendo claras las definiciones de los derechos, para que una mujer gestante manifieste que se le están vulnerando sus derechos, primero se debe entender qué significa que se “vulneren”.

El término Vulneración, según el diccionario de la Real Académica de la Lengua, podemos entenderlo como “la acción y efecto de vulnerar”, esto es, de trasgredir, de “dañar o perjudicar” (RAE, 2024)

9. Trabajo de parto

La ley de parto humanizado define el trabajo de parto como un “Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix hacia el exterior”. (Lujan, 2013)

Es durante este momento de extremo dolor que muchas mujeres sienten que son violentadas de forma física, verbal y psicológica porque se encuentran en condición vulnerable y muchas veces no están acompañadas de alguien de su confianza, como el padre de la criatura o un familiar cercano que las respalde ante la dificultad de hacer valer sus derechos en esa situación, debido al dolor, la novedad y el miedo.

ANTECEDENTES JURÍDICOS

Desde hace muchos años se han creado leyes que protegen a las mujeres durante la gestación, el parto y el post parto.

Esto es lo que genera curiosidad y es el porqué de la investigación, pues a pesar de que hay leyes, la violencia obstétrica sigue ocurriendo a diario y sucede hasta en ciudades grandes de Colombia donde las personas pueden buscar estos datos de forma más ágil e informarse.

Aunque existen normas anteriores que protegen a la mujer de la violencia, se realizará una línea de tiempo con los antecedentes jurídicos del tema e iniciará desde 1990.

a. Ley 23 de 1981

Como antecedente de contexto, es importante dar un vistazo a la ley 23 de 1981 *“por la cual se dictan normas en materia de ética médica”*, pues se está desarrollando un tema de naturaleza médica.

Esta ley habla sobre la medicina, la importancia de ver y tratar al paciente como una persona, sobre la relación médico y paciente, la función social del médico; además contiene el juramento hipocrático, explica cómo debe ser su relación con el paciente, con sus colegas, con las instituciones, con la sociedad y el estado, las conductas que debe tener el médico con la historia clínica y lo que los pacientes cuentan.

Finalmente se desarrolla el tema del régimen disciplinario, nombrando a la Federación Médica como instituto consultivo del Gobierno y el Tribunal Nacional de Ética médica como autoridad para conocer los procesos disciplinarios. Se desarrollarán más adelante las sanciones a las que están expuestos quienes vulneren los derechos de las mujeres gestantes.

b. Decreto 1398 de 1990

Se inicia la línea del tiempo con el Decreto 1398 de 1990 donde se reiteró que las mujeres gozan de la misma igualdad jurídica que los hombres. El decreto se enfocó en la “discriminación”, definiéndola como:

“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las

esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”
(Decreto 1398 de 1990, 1990)

En esta ley se sintetiza la igualdad en el cuidado y crianza de los hijos por parte de ambos padres, se reconoce el aporte de la mujer a la sociedad en aras de la maternidad, y como se dijo anteriormente, se centra en la no discriminación en materia de la educación, el empleo, la atención médica, las áreas rurales, la capacidad jurídica y las relaciones familiares.

Aunque para 1990 ya se vivía una época en que las mujeres tenían más voz y voto en decisiones tanto familiares como sociales, esta ley fue un gran paso para ratificar que las mujeres podían ser vistas no solo como amas de casa sino demostrar que podían realizar de forma adecuada labores fuera del hogar y aun así no perder su esencia de ser el centro de una familia.

c. Ley 984 de 2005

El 12 de agosto de 2005 por medio de la ley 984 se aprobó el “protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”. En esta ley se transcribió el protocolo que fue adoptado el seis (6) de octubre de 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La razón por la cual se aprobó fue porque permitía elevar denuncias ante el Comité para eliminar la discriminación contra la mujer, por las violaciones que se cometieran en contra de los derechos de las mujeres, esto significaba que la Nación estaba realizando acciones en favor de la equidad e igualdad entre hombre y mujeres. (Ley 984 de 2005, 2005)

Esta norma también fue un gran paso para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, de forma además contundente, porque se trataba de un documento que se había firmado con otros países. A la vista de ellos, Colombia estaba interesado en erradicar la discriminación contra la mujer.

d. Ley 1257 del 4 de diciembre de 2008

En 2008 aparece otra ley que busca la sensibilización de las personas para con las mujeres víctimas de violencia y discriminación, en la que encontramos algunas definiciones para contextualizar, los daños a los que están expuestas las mujeres al ser víctimas de los distintos tipos de violencia (física, psicológica, verbal, económica, entre otros), los derechos de las mujeres que son víctimas de violencia, entre otros (Ley 1257 de 2008, 2008)

Desde esta ley se inició a definir la violencia contra la mujer como un tipo de violencia diferente, independiente y se pudo observar no solamente la acción que

se debe tomar en estos casos sino la importancia de la prevención, de tomar medidas para evitarlos.

e. Decreto 164 del 25 enero de 2010

El Decreto que fue firmado el 25 de enero de 2010 creó la “*mesa interinstitucional para erradicar la violencia contra las mujeres*”. A pesar de que fue derogado parcialmente por el Decreto 1081 de 2015, y posteriormente derogado por el artículo 34 del Decreto 1710 de 2020, se trató de una norma que buscaba fomentar la inclusión de las mujeres en las decisiones políticas del país. (Decreto 164 de 2010, 2010)

f. Ley 1639 del 2 de julio de 2013

Se trata de una ley muy específica frente a un tema que para ese momento era algo recurrente: los ataques con ácido.

El objeto de la ley 1639 era la de aumentar penas para quienes agredieran a otros con ácidos o agentes químicos, y aumentaba mucho más si se trataba de una lesión en el rostro. Así mismo se creó un registro para la venta de cualquier agente químico que pudiera generar daño al tejido humano.

Un punto importante de esta ley es que se obligó al Estado a realizar los tratamientos necesarios de forma gratuita para que las víctimas de agresiones con ácidos o con agentes químicos reconstruyeran la extremidad afectada. (Ley 1639 de 2013, 2013)

A lo largo del estudio de las normas que protegen a las mujeres se puede observar que año a año se les reconoce como sujetos importantes de la sociedad, que pueden realizar tareas fuera de casa, que merecen equidad con los derechos de los hombres y no como se pensaba en tiempos pasados, que debían permanecer en casa y sometidas a las decisiones que tomara el jefe del hogar.

g. C-355-2006

Una sentencia con especial relevancia para el tema médico, que generó un precedente con muchos puntos de vistas encontrados. Fue mediante una tutela que dio lugar a la providencia de constitucionalidad, que se definió la existencia de tres causales específicas de despenalización para la interrupción voluntaria del embarazo:

1. Cuando la mujer esté expuesta a un peligro para su salud física o mental.

2. Cuando existieran en el feto malformaciones que significaran que fuera del útero fuera inviable su vida.
3. En los casos en que la mujer estuviera en embarazo consecuente del delito de acceso carnal violento, debido a transferencias de óvulo fecundado o inseminación artificial no consentida. (Sentencia C-355/06, 2006)

Abrió pues la puerta a la protección de la gestante que había sido violentada - práctica usual en el conflicto armado o en escenarios familiares o rurales- o cuya salud o la del no nacido estaba en peligro, materializando el derecho a la autonomía, a la dignidad y a la vida.

h. Proyecto de Ley 147 de 2017

Las leyes anteriores a este proyecto fueron centradas en la violencia física contra las mujeres, más es en 2017 cuando la Senadora de la República Nadie Blel Scaff lo presenta en busca de respaldo para las mujeres víctimas de violencia obstétrica, procurando sanciones para sus autores, se abre el camino para una protección mayor e integral (Proyecto de Ley 147 de 2017, 2017)

Para entonces el tema de violencia obstétrica no tenía la importancia que tiene en la actualidad, pero gracias a que la senadora abordó el problema, este empezó a ser más visible para todos aceptando que es una realidad, que efectivamente se trata de un tipo de violencia que se padece en un contexto concreto de vulnerabilidad especial transitoria.

Uno de los puntos importantes que aparece en el proyecto de Ley y que cabe resaltar porque se entrelaza con la investigación es el que como para entonces no se definía la violencia obstétrica como un tipo de ataque contra la mujer, no se tenían datos al respecto y mucho menos se denunciaban las agresiones a las que las mujeres gestantes eran sometidas al momento de dar a luz, normalizándolas en su experiencia asociada al dolor o a la incomodidad.

Este es uno de los precedentes más importantes para el desarrollo del proyecto, pues es a partir de aquí que esta clase de violencia se volvió visible para los ciudadanos, en especial para las mujeres gestantes.

i. Sentencia C-055 de 2022

Para desarrollar de forma correcta esta sentencia, hay que tener muy presente la T-355 del año 2006 y sus causales de despenalización ante la interrupción involuntaria del embarazo, ya mencionadas.

Ahora bien, para 2022, siguen estando vigentes, sin embargo, actualmente y debido a la sentencia C-055 de 2022, se despenalizó el aborto hasta la semana 24

de gestación, conservando las causales originales entre la 25 y la 40 (Sentencia C-055/2022, 2022)

La importancia de conocerlo dicho y centrándonos en el tema de la violencia obstétrica, es que para 2016 uno de los inconvenientes que se tenían y por lo cual se debió acudir a la acción de tutela fue que una menor de 13 años, víctima de acceso carnal violento, junto con su madre, solicitaron que se le practicara un aborto, sin embargo, el personal médico en ese momento se negó a realizarlo alegando la objeción de conciencia.

Es aquí donde se ve la relevancia de conocer los derechos que tienen las mujeres gestantes y el personal médico, para que el miedo a tomar decisiones desaparezca, redundando en una práctica más tranquila, empática y humanizada en el marco de la seguridad jurídica de conocer lo prohibido y lo permitido en las labores de atención obstétrica.

j. Ley 2244 de 2022

Es la ley más actual en el tema de la violencia obstétrica, la cual se abordará en el capítulo siguiente.

ANTECEDENTES CULTURALES

a. Rol tradicional de la mujer como reproductora

Antiguamente, a las mujeres se les veía solamente como las que debían tener hijos, cuidarlos y permanecer en casa. Es así como hace muchos años y aún en algunas culturas desde muy pequeñas se les obliga a casarse y tener hijos con hombres mucho mayores que ellas.

Se presenta entonces el caso, por ejemplo, de la hermana de Memory quien es una mujer que ha luchado en Malaui (África oriental) en contra del matrimonio infantil, fundadora y directora de Foundation4GirlsLeadership. Su hermana Mercy fue obligada a casarse a los 11 años con un hombre mayor que ella y a sus 16 años ya era madre de 3 pequeños. Su lucha rindió frutos en 2015 cuando fue aprobada oficialmente una ley que prohibía el matrimonio infantil, sin embargo, aún falta mucho para que esta práctica tradicional desaparezca en todo el mundo:

“Es desolador tener que hablar de matrimonio infantil en el siglo 21; ya es hora de que los gobiernos den prioridad a la educación de las niñas, defiendan los derechos humanos y acaben con esta tragedia.” (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2020)

Para 1970, se inició a incorporar de forma progresiva a las mujeres en todos los programas sociales con objeto de desarrollo social. Esta incorporación parte inicialmente para demostrar el desarrollo y denunciar la visión que se tenía sobre el rol exclusivamente reproductivo, siendo madres y esposas. (Montealegre, 2020)

Como se demostró en las normas que se presentaron, las mujeres día a día han tenido más libertades e igualdad de derechos tradicionalmente reconocidos a los hombres, dejando atrás la creencia que solo tiene el rol reproductivo y su tarea natural exclusiva es el de crear y cuidar de su familia.

A pesar de que ya se ha visto un importante avance en la protección de los derechos de las mujeres, aún falta un largo camino que recorrer para poder lograr una equidad y una igualdad entre hombres y mujeres.

Esta problemática vigente se encuentra sintetizada en un informe realizado por Phumzile Mlambo-Ngcuka de la ONU mujeres llamado *“El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020: Familias en un mundo cambiante”*, en donde se pretende proponer a los gobiernos y a la población civil en general, una serie de políticas que se deberían desarrollar con el fin de que los diferentes tipos de familias de todo el mundo puedan prosperar y tener más garantías. (ONU MUJERES, 2019)

Uno de los puntos importantes que mencionar de este informe es la demostración que las familias ya no son las mal llamadas “tradicionales” -y adoptada por el código civil colombiano en su creación-, que estaba estructurada en hijos, papá

como quien trabajaba y llevaba el sustento a casa y mamá quien cuidaba a los hijos y realizaba las labores en la casa; hace énfasis en demostrar que en la actualidad, teniendo en cuenta que el informe fue realizado entre 2019-2020, las familias también pueden integrarse por mujeres solteras cuidando a sus hijos, hogares en donde viven abuelos y tíos y hasta parejas que no desean tener hijos.

b. La imagen del médico como la autoridad

Según Danna Carolina Rivera León en su libro *Violencia Obstétrica en la actualidad*, aunque se ha buscado por parte de la medicina mejorar para las mujeres gestantes el momento del parto, lo que se ha logrado es realizar prácticas que no son propias de la gestación y por tanto se podría concluir que se ha mecanizado la atención obstétrica en vez de volverla una práctica más humanizada y natural.

Se tiene la creencia que es el personal de salud quien tiene el control absoluto en un momento de tanta importancia y trascendencia para una mujer como es el trabajo de parto, debido a su conocimiento en el área:

“(...) Este tipo de violencia se describió en los procesos en la que la medicalización y los procedimientos que son ejercidos sobre su cuerpo, que es sometido bajo el poder disciplinario, fruto del saber científico que ostenta el personal de salud y/o prestadoras de servicio.”(Rivera, 2023)

Es debido a este pensamiento que la mujer puede perder la voz durante el procedimiento y está expuesta a ser víctima de violencia obstétrica por parte del personal médico que la atiende en ese momento, pues se encuentra en un estado de subordinación en el que inconscientemente acepta todo tipo de decisiones que el personal de salud tome, muchas veces sin conocer de qué se trata.

c. La relación del médico con el paciente: Relación de tipo paternalista vs Relación basada en la autonomía del paciente

Antiguamente a las personas no veían la necesidad o no les era permitido siquiera opinar sobre lo que el médico indicaba dado que se trataba de una persona estudiada y que por supuesto sabía de lo que hablaba. Esto hacía que las personas fueran sometidas muchas veces a tratamientos y procedimientos innecesarios y dolorosos sin conocer muy bien el por qué. A diferencia de la actualidad, donde el paciente puede desde elegir la EPS y la IPS donde serán atendidos y luego de un diagnóstico, pueden preguntar, conversar, opinar y decidir si desean o no ser sometidos a tratamientos y procedimientos.

En 1938 Manuel Usandizaga creó el “Manual de la enfermera” en donde se explicaba la importancia de esta profesión y los principios fundamentales por los cuales se debería regir el personal de salud, especialmente las enfermeras,

haciendo énfasis en la importancia de tener un trato ético y humanizado con los pacientes. (Herrera, 1995)

A pesar de tener información valiosa que el personal de salud en la actualidad debería tener presente, tratándose del año 1938 algunos de los comentarios y afirmaciones del manual son contradictorias y no deberían ser aplicables al día de hoy, como, por ejemplo, afirmaba que quienes debían tener contacto directo con los enfermos, debían cuidarlos sin importar el estado o lo que necesitara, eran exclusivamente las enfermeras, sin embargo, podemos ver que actualmente dependiendo el estado de salud de la persona, un familiar puede ser quien ayude al cuidado, haciendo que el paciente se sienta en un ambiente de confianza y tranquilidad.

Un punto importante y con el que se puede demostrar que la relación con el paciente ha cambiado a través de los años, es la Ley de parto humanizado que ya se ha mencionado previamente, Ley 2244 de 2022, siendo un derecho de la mujer gestante el decidir con quién estar durante el trabajo de parto, en el alumbramiento y en el post parto:

“16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. En ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.” (Ley 2244 de 2022, 2022)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

a. ¿Cómo eran los partos antiguamente?

Para entrar en un contexto referente al término de Violencia obstétrica, encontramos que fue el Doctor James Blundell quien inició el trabajo alrededor del tema debido a la cantidad de mujeres que eran víctimas de malos tratos y prácticas indebidas durante el parto. Las mujeres eran usadas para experimentar y muchas veces ellas morían durante el alumbramiento o debido a la llamada fiebre puerperal (Goberna, 2019)

Durante la Edad media, la obstetricia estaba en manos de parteras, quienes por cultura y tradición tenían “conocimientos” para llevar a cabo los procedimientos. Sin embargo, estos conocimientos no eran producto de estudios formales sino de la transmisión oral del saber, sumado a la dificultad de acceder a educación especializada porque el patriarcado no aceptaba que las mujeres acudieran a la escuela. Sin embargo, resulta asombroso pensar que una partera cuyo nombre es desconocido pasó todo su conocimiento a John Stearns, quien fue el primer médico gineco obstetra.

En los siglos XVIII y XIX se inició la introducción de elementos externos para acortar los tiempos de parto, sin importar que esto aumentara el dolor que producía, lo que contribuyó a que fuera una experiencia deshumanizada (Oliveras, 2020)

A lo largo de la primera mitad del siglo XIX, se continuó tratando a las mujeres bajo un régimen de subordinación con una perspectiva exclusivamente reproductora, tal como lo explica Marcela Nari para quien

“la ginecología concibió a las mujeres a partir de su aparato reproductivo exclusivamente y de su <<natural misión>> de perpetuación de la especie”
(Nari, 2004)

Es decir, la mujer ya estaba destinada indefectiblemente a tener hijos, era el motivo de su existencia.

b. El papel del médico

Antiguamente se creía que el paciente era una persona que estaba incapacitada científica, física y psicológicamente y que por tanto era sumisa. Debido a este pensamiento, era el médico quien tomaba todas las decisiones sobre su humanidad, quien confiando plenamente en la sabiduría de su doctor aceptaba todo sin dudar.

Sin embargo, esto ha cambiado a través de los años; José Lázaro lo llama la *“rebelión de los pacientes”*, y nos explica que en 1973 la Asociación Americana de

Hospitales aprobó la Carta de Derechos del Paciente en donde, entre otras cosas, se solicitaba que se le diera a conocer y a entender la información sobre su situación y, que este tomara las decisiones que le parecieran adecuadas también para mejorar su salud. (Lázaro & Gracia, 2006)

Actualmente y después de una larga lucha, se puede materializar esta “*rebelión*” y esta Carta de Derechos del Paciente en Colombia mediante el “*Consentimiento informado*”, que el Ministerio de la Protección Social lo define como “*la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica*” (Ministerio de la Protección Social, n.d.) Además, nos indica que para que el consentimiento informado sea válido, debe contar con:

1. La voluntariedad del paciente, es decir que este sea libre de autorizar las intervenciones médicas necesarias y demás;

2. La información que se le exprese al paciente sea la suficiente para que él entienda y comprenda su situación, así como las intervenciones médicas, tratamientos y demás acciones necesarias que el galeno realizará en pro de su salud.

3. La información también debe ser entendida por el paciente, es decir, no solo basta con explicarle todo el proceso, sino que este debe comprenderla. Se debe dar en un lenguaje entendible, partiendo del hecho que el médico posee un nivel de cultura - diferente sino intelectual, al menos si disciplinar, por lo general- al del paciente.

4. El paciente debe ser capaz de entender la situación en la que se encuentra y las posibilidades a las que se enfrenta, es decir, la decisión de aceptar un consentimiento informado debe ser coherente con su propia escala de valores.

c. ¿Cómo se atendía a la mujer?

Antiguamente la mujer gestante, en el momento del parto, era atendida por parteras en su casa. Las parteras eran mujeres a quienes sus familias les transmitían el conocimiento de generación en generación para tratar a las mujeres y ayudarlas a dar a luz. Cabe resaltar que este conocimiento transmitido era empírico, pues estas mujeres no estudiaban como actualmente lo hacen los médicos previos a tratar una mujer en trabajo de parto.

Lida Piedrahita define la partería hospitalaria como la práctica actual, en dónde una mujer en trabajo de parto es tratada por un profesional de la salud, bien sea en un centro de salud público o privado, y con ayuda de instrumentos, medicamentos, tecnología y conocimiento del médico, da a luz y es apoyada tanto física como psicológicamente con su recién nacido. (Piedrahita, 2018)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud definía a las parteras como las personas que asistían el alumbramiento; generalmente se trataba de mujeres que acompañaban y ayudaban a la madre en ese momento. Estas personas obtenían su conocimiento de lo que por generaciones se transmitía y lo que aprendían con cada procedimiento en que participaban. Adicional, apoyaban a la madre en el trabajo y atención con el recién nacido. (OMS et al., 1993)

Posteriormente, no se atenderían partos en casa debido a que no eran sitios lo suficientemente higiénicos para este tipo de prácticas. Respecto de las parteras, como era exclusivamente a las mujeres a las que se le atribuía el conocimiento de partería, durante una época, se empezó a creer que este conocimiento se otorgaba por cercanía de la experta con la brujería y terminó convirtiéndose en un tema que solamente los varones trabajarían.

Esto desencadenó en que las parteras ingresaran a los centros de salud y hospitales como subalternas de los médicos, lo que explicaría que actualmente se vea mayor cantidad de enfermeras que de enfermeros. (Lehner, n.d.)

d. Evolución histórica del rol de la mujer exclusivamente como procreadora

Desde la biblia, se le atribuye a la mujer el papel único y exclusivo de la procreación.

Esto lo explica Isabel Corpas de Posada en *“Las mujeres en la biblia”*, mencionando lo que Santo Tomás expresa en el siguiente texto:

“La mujer era necesaria como pareja para la obra de la procreación, pero no para cualquier otra actividad como algunos pretenden, ya que para todas las demás obras el hombre está mejor ayudado por otro hombre que por una mujer”(Corpas de Posada, n.d.)

Encontramos también en Génesis 29, 31-35, la vida de Lea y Raquel, hermanas que se casaron con Jacob. Inicialmente se cuenta la historia de Jacob enamorándose de Raquel, sin embargo, al ser Raquel la hermana menor, no se podía casar antes que su hermana mayor Lea. Finaliza con las siguientes líneas:

“Los hijos de Jacob.

31 Y vio Jehová que Lea era menospreciada y abrió su matriz, pero Raquel era estéril. 32 Y concibió y dio a luz un hijo, y llamó su nombre Rubén, porque dijo: Ha mirado Jehová mi aflicción; ahora, por tanto, me amará mi marido. 33 y concibió otra vez y dio a luz un hijo, y dijo: Por cuanto oyó Jehová que yo era menospreciada, me ha dado también este. Y llamó su nombre Simeón. 34 y concibió otra vez y dio a luz un hijo, y dijo: Ahora esta vez se unirá mi marido conmigo, porque le he dado tres hijos; por tanto, llamó su nombre Leví. 35 Y

concibió otra vez y dio a luz un hijo, y dijo: Esta vez alabaré a Jehová; por esto llamó su nombre Judá. Y dejó de dar a luz.” (Biblia Reina Valera, 1960)

Concluyendo que la fecundidad y el tener hijos era considerado un don, también se suponía que la esterilidad era un castigo lo que hacía que los hombres buscaran esclavas u otras mujeres para poder procrear.

En este texto, también podemos ver actos de sumisión y poco amor propio de Lea, pues ella considera que Jacob, su esposo, ahora si la va a amar solo por el hecho de haber tenido hijos. (Crochetti, 2004)

Finalmente, en Deuteronomio 25, 5-10, se explica una costumbre de las familias de la época: si un esposo moría y no había dejado herederos, la viuda debía casarse con su cuñado y el primogénito que tuviera con este sucedía los bienes y debía llevar el nombre del fallecido para que su memoria no se olvidara; esto era también un mecanismo de protección hacia la viuda.

“5 Cuando hermanos habitaren juntos, y muriere alguno de ellos, y no tuviere hijo, la mujer del muerto no se casará fuera con hombre extraño; su cuñado se llegará a ella, y la tomará por su mujer, y hará con ella parentesco. 6 y el primogénito que ella diere a luz sucederá en el nombre de su hermano muerto, para que el nombre de este no sea borrado de Israel. 7 y si el hombre no quisiere tomar a su cuñada, irá entonces su cuñada a la puerta, a los ancianos, y dirá: Mi cuñado no quiere suscitar nombre en Israel a su hermano; no quiere emparentar conmigo. 8 entonces los ancianos de aquella ciudad lo harán venir, y hablarán con él; y si él se levantara y dijere: No quiero tomarla, 9 se acercará entonces su cuñada a él delante de los ancianos, y le quitará el calzado del pie, y le escupirá en el rostro, y hablará y dirá: Así será hecho al varón que no quiere edificar la casa de su hermano. 10 y se le dará este nombre en Israel: La casa del descalzado.” (Biblia Reina Valera, 1960)

Aún en la actualidad, la palabra mujer es sinónimo de maternidad, es como si fuera una obligación para las mujeres el ser madres. La maternidad es protegida por las naciones en los diferentes textos normativos, sin embargo, la autora de “Luces y sombras del derecho a la maternidad” Ana Marrades Puig, intenta explicar que el deber de ser madres que se le ha impuesto a las mujeres a través de los años ha *“causado graves perjuicios en el ejercicio de sus otros derechos”* (Marrades, 2002)

Durante el renacimiento ocurrió un hecho que marcó la historia de la maternidad; la tarea de cuidar y proteger al bebé, que había estado encomendada

exclusivamente a las mujeres, ahora sería también responsabilidad del padre, quien debía *“mostrarse atento ante las necesidades y cuidados de su compañera e hijo, así también debía evitarles preocupaciones y trabajos a las futuras madres”*. (Barrantes & Cubero, 2014)

Posteriormente, en el siglo XIX, durante la revolución industrial se empezó a pensar que las mujeres no podían trabajar fuera de casa, que eran ellas quienes debían estar al tanto de las labores del hogar, además de cuidar de los hijos. Sin embargo, esto fue modificándose a través de los años y, a inicios del siglo XX se empezó a aceptar que las mujeres salieran de casa a trabajar y ayudaran a mantener económicamente a sus familias, sobre todo si eran pobres y numerosas.

Cabe resaltar que las jornadas laborales femeninas en estas épocas tenían más de diez horas y muchas veces eran maltratadas por parte de sus patronos que tenían un pensamiento machista y que consideraban que ellas no deberían estar ahí, asociándolo a la perversión de las buenas costumbres y la pérdida de las virtudes familiares. (Núñez & Contreras, 2002)

Durante los años 1960 y 1970, con el advenimiento del movimiento feminista, las mujeres pedían que se les tratara con igualdad y - centrándonos en el tema que nos compete- exigían poder elegir libremente su futuro y sus acciones, incluido si deseaban o no ser madres.

Esto nos lleva a la revolución anticonceptiva, que fue uno de las más grandes creaciones de la modernidad, pues con esto, las mujeres pueden decidir sobre su cuerpo y sobre si quieren o no ser madres; aunque inicialmente la idea de la maternidad se encontraba muy ligada a la religión por lo que se requería el permiso del esposo para usar métodos de anticoncepción, tiempo después se empezó a dar la oportunidad a las mujeres de decidir sobre sus cuerpos. Además, también se discutieron temas complejos como el aborto, pidiendo que estos fueran decisión exclusiva de las mujeres. (Barrantes & Cubero, 2014)

En la actualidad, podemos ver a una mujer ejerciendo su libertad de pensamiento, que puede tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, con leyes y normas que protegen estas libertades. Sin embargo, todavía podemos escuchar comentarios en los que se “obliga” a la mujer a ser madre, con el reproche social de quien toma una decisión diferente. Además, situaciones como el lesbianismo, como lo menciona Lorenzo Alfarache, hacen que las mujeres sean duramente criticadas al no ‘cumplir con el patrón que la sociedad impuso’, lo que se recrudece si deben acudir a métodos de reproducción asistida para tener un hijo con su pareja. (Alfarache, 2003)

Finalmente, y a modo de conclusión, podemos ver cómo han evolucionado la percepción sobre y de mujeres a través de los años y, cómo lo que antes era un don y una obligación para encajar en la sociedad, poco a poco se convirtió en una decisión de las mujeres cuando se sintieran listas y preparadas.

CAPITULO 1. Estrategias jurídicas en Colombia sobre la protección de los derechos fundamentales de mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica

a. Ley 2244 de 2022

Encontramos la ley más actual que aborda el problema jurídico, social y cultural de la violencia obstétrica, y donde se sintetizan todas las normas que han servido de precedente. El 11 de julio de 2022 por medio de la ley 2244 se empezaron a reconocer los derechos que tienen las mujeres gestantes, aquellas que están en trabajo de parto (previo al alumbramiento), durante el parto y el postparto.

También llamada la ley de ‘parto digno, respetado y humanizado’, recoge definiciones importantes sobre la gestación y reza los derechos que tienen las mujeres que están embarazadas, así como los recién nacidos. (Ley 2244 de 2022, 2022)

Al tratarse de una norma nueva recoge muchos de los actuales ideales que las mujeres jóvenes tienen, y es de revisar y resaltar que una a una las leyes que se presentaron como antecedentes han tenido las características de las épocas de expedición, pero siempre han procurado el mismo objetivo: igualdad y garantías para las mujeres.

El artículo 6 habla de la integralidad de la atención indicando que:

“La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, idóneos, éticos y permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y además equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacido durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad”.

Se puede observar en la ley que no solamente se debe cuidar y tratar a las mujeres gestantes antes del parto, sino que también debe hacerse en la fase de postparto velando por la salud tanto de ellas como del recién nacido.

b. Derechos de las mujeres gestantes

En el artículo 4 de la mencionada ley se plasman los 28 derechos que tienen las gestantes y que deberían ser informados y conocidos por quienes se encuentran en etapa de gestación:

“ARTÍCULO 4°. Derechos. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:

- 1. A recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.*
- 2. A ser tratada con respeto y sin discriminación, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión.*
- 3. A ser considerada como sujeto de derechos y de protección especial, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.*
- 4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer*
- 5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto por personal idóneo y con experiencia.*
- 6. A que sea ingresada al Sistema de Salud y a ser atendida sin barreras administrativas.*
- 7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el régimen de afiliación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.*
- 8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, para garantizar la salud de la madre de acuerdo con su condición de salud.*
- 9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las causas y los efectos del duelo gestacional y perinatal, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada , y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente*

por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los actores del sistema de la salud encargados de su atención .

- 10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los actores del sistema de la salud y a que el cónyuge tenga información oportuna, y sus familiares de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.*
- 11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible por los actores del sistema de la salud que le atenderá en parto.*
- 12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:*
 - a. Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de estos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.*
 - b. Monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.*
 - c. Ingestas de dieta líquida de acuerdo con las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto.*
 - d. Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.*
 - e. Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.*
 - f. Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros*
- 13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.*
- 14. A recibir atención en salud idónea y oportuna durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.*
- 15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental, esta asistencia debe ser oportuna y de calidad con enfoque diferencial*

cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal, esta asistencia también se brindará al padre y la familia que así lo necesite.

- 16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. En ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.*
- 17. A que todo procedimiento relacionado con su estado sea practicado por profesionales de la salud acreditados académicamente y con experiencia, sin perjuicio de las prácticas de medicina tradicional y ancestral de los grupos étnicos.*
- 18. A que todo medicamento perteneciente al grupo de análogos de las prostaglandinas y anti-progestágenos de uso en obstetricia, le sea suministrado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas.*
- 19. A que todo procedimiento de dilatación/evacuación y curetaje obstétrico sea realizado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas.*
- 20. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el postparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.*
- 21. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.*
- 22. A recibir información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del postparto y sobre las indicaciones sugeridas de conformidad con sus condiciones de salud y basadas en la evidencia científica actualizada.*
- 23. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado o sea solicitada de manera libre e informada por la mujer en el plan de parto por cesárea.*
- 24. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.*
- 25. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; para ayudar a la mujer y/o la familia a superar el duelo y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho y el de su familia a la intimidad.*

26. *A que le sea entregada su placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.*
27. *A reclamar los gastos del parto, sin perjuicio de la responsabilidad compartida de los padres que surge desde la concepción.*
28. *Recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y la parte administrativa.” (Ley 2244 de 2022, 2022)*

- c. Sanciones a quienes vulneren los derechos de las mujeres gestantes

Teniendo clara la importancia del buen trato durante el trabajo de parto, finalmente se identifican dos tipos de castigos tipificados para quienes cometan infracciones o actos lesivos contra la gestante; en primer lugar, se definen sanciones penales para cualquiera que los cometa -del equipo de salud o no- y, sanciones disciplinarias vistas desde la ética médica que corresponden con lo previsto en la Ley 23 de 1981.

1. Penales

Por sanciones penales se entienden las especificadas en la Ley 599 de 2000: Código Penal. Estas van dirigidas tanto para el personal médico como a los particulares que cometan los delitos en contra de las mujeres gestantes.

Entre los delitos que se pueden cometer en contra de las mujeres gestantes encontramos:

- Artículo 104B: Circunstancias de agravación punitiva del feminicidio: Literal b.

*(...) “b. Cuando la conducta punible se cometiere en mujer menor de dieciocho (18) años o mayor de sesenta (60) o **mujer en estado de embarazo**”. (...) (Ley 599 de 2000, 2000)*

- Artículo 108: Muerte de hijo fruto de acceso carnal violento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas.

“La madre que durante el nacimiento o dentro de los ocho (8) días siguientes matare a su hijo, fruto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, o abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento ocho (108) meses.” (Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 118: Parto o aborto preterintencional.

“Si a causa de la lesión inferida a una mujer, sobreviniere parto prematuro que tenga consecuencias nocivas para la salud de la agredida o de la criatura, o sobreviviere el aborto, las penas imponibles según los artículos precedentes, se aumentarán de una tercera parte a la mitad.”(Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 122: Aborto.

“La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.”(Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 123: Aborto sin consentimiento.

“El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento ochenta (180) meses.”(Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 125: Lesiones al feto.

“El que por cualquier medio causare a un feto daño en el cuerpo o en la salud que perjudique su normal desarrollo, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a setenta y dos (72) meses. Si la conducta fuere realizada por un profesional de la salud, se le impondrá también la inhabilitación para el ejercicio de la profesión por el mismo término.”(Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 126: Lesiones culposas al feto.

“Si la conducta descrita en el artículo anterior se realizare por culpa, la pena será de prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses. Si fuera realizada por un profesional de la salud, se le impondrá también la inhabilitación para el ejercicio de la profesión por el mismo término”. (Ley 599 de 2000, 2000)

- Artículo 134: Fecundación y tráfico de embriones humanos.

“El que fecunde óvulos humanos con finalidad diferente a la procreación humana, sin perjuicio de la investigación científica,

tratamiento o diagnóstico que tengan una finalidad terapéutica con respecto al ser humano objeto de la investigación, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

En la misma pena incurrirá el que trafique con gametos, cigotos o embriones humanos, obtenidos de cualquier manera o a cualquier título.”

(Ley 599 de 2000, 2000)

2. Disciplinarias en el marco de la ética médica.

El Tribunal Ético Profesional es el competente para conocer sobre las faltas disciplinarias de los profesionales. Estas sanciones se especifican en el capítulo III de la Ley 23 de 1981; a partir del artículo 83 de la nombrada norma se tipifican, encontrando cuatro tipos de puniciones que se darán de acuerdo con el tipo de falta que se cometiere. Estas cuatro sanciones son:

- Amonestación privada.

“Artículo 48 del Decreto 3380 de 1981: La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que hace el infractor por la falta cometida.” (Ley 23 de 1981, 1981)

- Censura.

“Artículo 49 del Decreto 3380 de 1981: Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida” (Ley 23 de 1981, 1981)

- Censura escrita privada.

“Artículo 50 del Decreto 3380 de 1981: La censura escrita pero privada se hará mediante la entrega por parte del Tribunal de una copia de la decisión del mismo al infractor sancionado.” (Ley 23 de 1981, 1981)

- Censura escrita pública

“Artículo 51 del Decreto 3380 de 1981: La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles.” (Ley 23 de 1981, 1981)

- Censura verbal pública.

“Artículo 52 del Decreto 3380 de 1981: La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante el Colegio médico correspondiente y la fijación de la misma en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días.” (Ley 23 de 1981, 1981)

- Suspensión del ejercicio de la medicina hasta por seis meses.

- Suspensión del ejercicio de la medicina hasta por cinco años.

(Ley 23 de 1981, 1981)

En el *Decreto 3380 de 1981* se especifica que estas sanciones se aplican de acuerdo con los antecedentes de la persona, así como los atenuantes y los agravantes de la conducta. Igualmente, se tiene en cuenta si el profesional ya había cometido la falta y en caso de ser esto positivo, se aumentará la sanción.

“Artículo 54: La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta.” (Decreto 3380 de 1981, 1981)

“Artículo 55: La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar por lo menos a la aplicación de la sanción inmediata superior.” (Decreto 3380 de 1981, 1981)

“Artículo 56: Para los efectos del artículo anterior entiéndese como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones, durante un periodo no mayor de un (1) año.” (Decreto 3380 de 1981, 1981)

Finalmente, cabe resaltar el artículo 57 del mismo decreto en donde se especifica que las normas del Código de Procedimiento Penal sobre impedimentos y recusaciones también se pueden aplicar al personal médico que cometan faltas:

“Artículo 57: Son aplicables al proceso disciplinario Ético-Profesional las normas del Código de Procedimiento Penal sobre términos para interponer impedimentos y recusaciones.” (Decreto 3380 de 1981, 1981)

Entendiéndose como causales de impedimento las contempladas en el artículo 56 del código de procedimiento penal:

“Son causales de impedimento:

- 1. Que el funcionario judicial, su cónyuge o compañero o compañera permanente, o algún pariente suyo dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, tenga interés en la actuación procesal.*

2. Que el funcionario judicial sea acreedor o deudor de alguna de las partes, del denunciante, de la víctima o del perjudicado, de su cónyuge o compañero permanente o algún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad.

3. Que el funcionario judicial, o su cónyuge o compañero o compañera permanente, sea pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, del apoderado o defensor de alguna de las partes.

4. Que el funcionario judicial haya sido apoderado o defensor de alguna de las partes, o sea o haya sido contraparte de cualquiera de ellos, o haya dado consejo o manifestado su opinión sobre el asunto materia del proceso.

5. Que exista amistad íntima o enemistad grave entre alguna de las partes, denunciante, víctima o perjudicado y el funcionario judicial.

6. Que el funcionario haya dictado la providencia de cuya revisión se trata, o hubiere participado dentro del proceso, o sea cónyuge o compañero o compañera permanente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, del funcionario que dictó la providencia a revisar.

7. Que el funcionario judicial haya dejado vencer, sin actuar, los términos que la ley señale al efecto, a menos que la demora sea debidamente justificada.

8. Que el fiscal haya dejado vencer el término previsto en el artículo 175 de este código para formular acusación o solicitar la preclusión ante el juez de conocimiento.

9. Que el funcionario judicial, su cónyuge o compañero o compañera permanente, o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, sea socio, en sociedad colectiva, de responsabilidad limitada o en comandita simple o de hecho, de alguna de las partes, del denunciante, de la víctima o del perjudicado.

10. Que el funcionario judicial sea heredero o legatario de alguna de las partes, del denunciante, de la víctima o del perjudicado, o lo sea su cónyuge o compañero o compañera permanente, o alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad.

11. Que antes de formular la imputación el funcionario judicial haya estado vinculado legalmente a una investigación penal, o disciplinaria en la que le hayan formulado cargos, por denuncia o queja instaurada por alguno de los intervinientes. Si la denuncia o la queja fuere presentada con posterioridad a la formulación de la imputación, procederá el impedimento cuando se vincule jurídicamente al funcionario judicial.

12. Que el juez haya intervenido como fiscal dentro de la actuación.

13. Que el juez haya ejercido el control de garantías o conocido de la audiencia preliminar de reconsideración, caso en el cual quedará impedido para conocer el juicio en su fondo.

14. Que el juez haya conocido de la solicitud de preclusión formulada por la fiscalía general de la Nación y la haya negado, caso en el cual quedará impedido para conocer el juicio en su fondo.

15. Que el juez o fiscal haya sido asistido judicialmente, durante los últimos tres (3) años, por un abogado que sea parte en el proceso.”

(Ley 906 de 2004, 2004)

CAPITULO 2. Identificación de los Derechos fundamentales vulnerados a partir de las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica.

El presente capítulo pretende identificar los derechos fundamentales vulnerados como parte de los procesos de violencia obstétrica, obtenidos de la lectura y del análisis de los instrumentos de recolección de la información, practicados a la población participante.

a. Derechos fundamentales evidenciados como trasgredidos.

Posterior al análisis de las dieciocho entrevistas realizadas a mujeres de diferentes edades residentes en el municipio de Chía, se encontró que unos derechos fundamentales fueron más trasgredidos que otros, siendo el de la **información** como el que más veces se vio desconocido.

- DERECHO A LA INFORMACIÓN:

- Artículo 20 de la Constitución Política de Colombia.

*“Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, **la de informar y recibir información veraz e imparcial**, y la de fundar medios masivos de comunicación.*

Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura.” (Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

- Artículo 24 de la Ley 1712 de 2014

“Artículo 24. DEL DERECHO DE ACCESO DE LA INFORMACIÓN. Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier sujeto obligado, en la forma y condiciones que establece esta ley y la Constitución.” (Ley 1712 de 2014, 2014)

A pesar de que el derecho a la información fue el que se vio más veces violado en el sentir de las narradoras, también hay otros derechos que se sintieron como vulnerados de acuerdo a las diferentes entrevistas que se realizaron a mujeres de diferentes edades, residentes en el municipio de Chía:

- BUEN TRATO:

Un porcentaje de las mujeres entrevistadas manifestó que no tuvieron un ‘buen trato durante su estancia en el hospital, mientras daban a luz a sus hijos’. La información arrojó que especialmente las enfermeras eran quienes no solo maltrataban de forma verbal a las pacientes, sino que también lo hacían de forma física; se encontró un caso de una mujer quien no solo fue víctima de comentarios irrespetuosos y agresivos por parte de la enfermera que estaba con ella en el postparto, sino que al realizar curación fue brusca con la paciente lo que le generó infecciones en la vagina que se curaron luego de meses con ayuda de una enfermera de confianza.

- VIDA:

Artículo 11 de la Constitución Política de Colombia: ***“El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.”*** (Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

En las diferentes entrevistas que se realizaron, algunas mujeres manifestaron ***“sentir que morían”*** en el momento en que estaban dando a luz a sus hijos. Entre ellas encontramos a una mujer que posterior a dar a luz a su primera hija, fue abandonada durante un largo tiempo en la sala de partos hasta que fue ‘recordada’ por una enfermera luego de que un médico amigo de la familia llamara al hospital para conocer el estado de salud de la paciente.

Entre los comentarios que realizaba la mujer durante la entrevista se hacía la pregunta ***“¿Qué hubiera pasado conmigo si no hubiera llamado ese doctor?”*** pues en el momento en que la enfermera acudió con ella, la paciente temblaba del frío por estar casi desnuda, además de experimentar secuelas en el sentido de vista por permanecer un largo periodo de tiempo bajo luces de fuerte intensidad.

Una pregunta que sigue intacta y llena de miedo luego de 50 años de haber dado a luz.

- LIBERTAD DE CONCIENCIA:

La Constitución Política de Colombia en su artículo 18 dice:

“Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni

obligado a actuar contra su conciencia”. (Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

Durante el parto, algunas mujeres manifestaron tener que obedecer lo que el personal de salud dijera a pesar de no estar de acuerdo con ello. Igualmente sucede en algunas parieron en casa sin su consentimiento, poniendo en riesgo su propia vida a pesar de haber estado acompañadas por enfermeras y médicos.

- LIBERTAD DE EXPRESIÓN

Ya mencionado, por otro lado, encontramos en la primera parte del artículo 20 de la Constitución Política de Colombia, la consagración del derecho a la libertad de expresión:

“Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación”.
(Constitución Política de La República de Colombia, 1991)

Algunas entrevistadas, al hablar de su dolor al momento de dar a luz y/o el puerperio, fueron regañadas por parte del personal médico y atacadas con comentarios ofensivos. Una mujer de 75 años que tuvo parto natural con episiotomía contaba su experiencia después del alumbramiento:

“Durante el parto tuve un buen trato por parte de las enfermeras, del médico. Pero entonces, en ese tiempo no dejaban bañar, y una enfermera fue la que me limpió donde me cosieron, al siguiente día me iba a limpiar y cogió algodón envuelto en gasa y pasó de una y eso de una pegué el grito porque eso en seco, me dolió mucho, y la vieja esa me pega el grito diciendo ¿y cómo para abrir las piernas si no les duele?, ahí mismo le dije “respete porque no está en su cuero”. Muy maluco eso.”

- DERECHO DE PETICIÓN:

Finalmente encontramos el Derecho de petición, contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia alusivo a que “toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su

ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales” (*Constitución Política de La República de Colombia, 1991*)

Una de las mujeres entrevistadas comentó que posterior a dar a la luz a su primogénita y haberse sentido vulnerada por la poca privacidad que había en la sala donde estaban las parturientas, acudió al área encargada de quejas y reclamos y allí impuso una queja que, como ella misma lo manifiesta, no tuvo respuesta, pues *“poca importancia les da los hospitales a las inconformidades de los pacientes”*.

La mayoría manifestaron que no sabían por lo que estaban pasando, más sin embargo obedecieron a cada una de las pretensiones y órdenes del personal médico pues confiaban plenamente en sus capacidades.

Un punto importante para tener en cuenta y que queda en el olvido es que a pesar de que posterior al parto se acude a las respectivas citas médicas de control para revisar cómo va la salud de las mujeres que dan a luz, más, según se observó en las entrevistas, después de este periodo de cuidado, se dedican completamente a sus hijos y no vuelven a prestar atención a su propio estado de salud, de modo que posibles secuelas por actos de negligencia durante el alumbramiento, pasan desapercibidas y no se atienden oportunamente. Muestra de ello es lo expresado por una mujer de 57 que tuvo dos hijas, la segunda por cesárea, quien contaba:

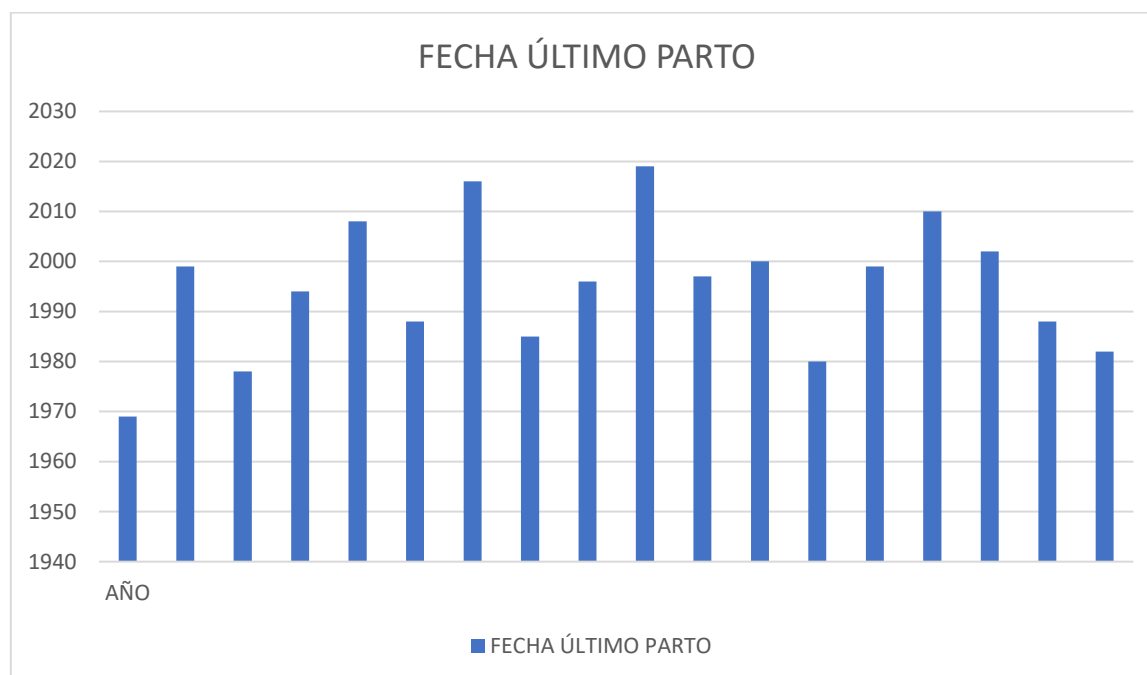
“Ya mi hija estaba grande y yo sentía una molestia en la cicatriz y me rascaba y eso se ponía rojo y salió una punta, fui al médico y era un hilo que habían dejado ahí metido. La Doctora me estuvo jalando esa punta de hilo hasta que salió, me dolió mucho porque fueron muchos años después, menos mal no pasó a mayores”.

b. Razón por la que no se expresó la incomodidad

De acuerdo con los datos extractados de las entrevistas, se pudo evidenciar que uno de los principales motivos por los cuales las mujeres no expresaron su incomodidad al momento de dar a luz fue porque se reconocieron como personas **inexpertas** porque en ese momento eran madres primerizas y no sabían nada sobre el tema.

En las entrevistas se encontró que muchas de las mujeres en su relato utilizaron la frase *“yo no sabía”* y debido a esta inexperiencia las entrevistadas no tuvieron una buena experiencia en el momento de su parto ni se sintieron como protagonistas pues a pesar de que ellas se dieron cuenta en ese momento que no se les estaba tratando de forma adecuada, no alzaron su voz.

También cabe resaltar que, en los casos entrevistados, las mujeres mostraron haber tenido una mala experiencia en el parto, aunque para la época ya existía bastante información sobre el tema; esto hace que se infiera que no siempre el origen de la violencia es falta de información sino que la información sobre el tema no se está comunicando y haciendo llegar a las mujeres de forma adecuada.



En la gráfica se puede evidenciar que son pocas las mujeres que tuvieron sus hijos antes de 1985, tiempos en que ya se hablaba de los derechos femeninos; a pesar de esa ‘realidad teórica’, estas mujeres en sus relatos manifiestan que no eran escuchadas ni por sus familias ni por el personal médico, especialmente si se tiene en cuenta que para la época, Chía era un municipio pequeño con gran componente rural; una de las entrevistadas, actualmente con 68 años, contaba en la entrevista que había tenido a sus hijos en la casa con partera y no en un hospital,

“por decisión de los abuelos, de la suegra”

no se tuvo en cuenta lo que ella pensaba y quería, sino que por obligación debió hacerlo; este es un ejemplo del por qué muchas de las mujeres víctimas de violencia obstétrica guardaban silencio y aceptaban el trato al que eran sometidas.

En las entrevistas semiestructuradas que se realizaron, se les solicitó a las mujeres entrevistadas que dieran un consejo o un comentario final para futuras madres y personal médico, uno de los comentarios que más se repitió como una recomendación para los facultativos y demás personal médico fue el de la

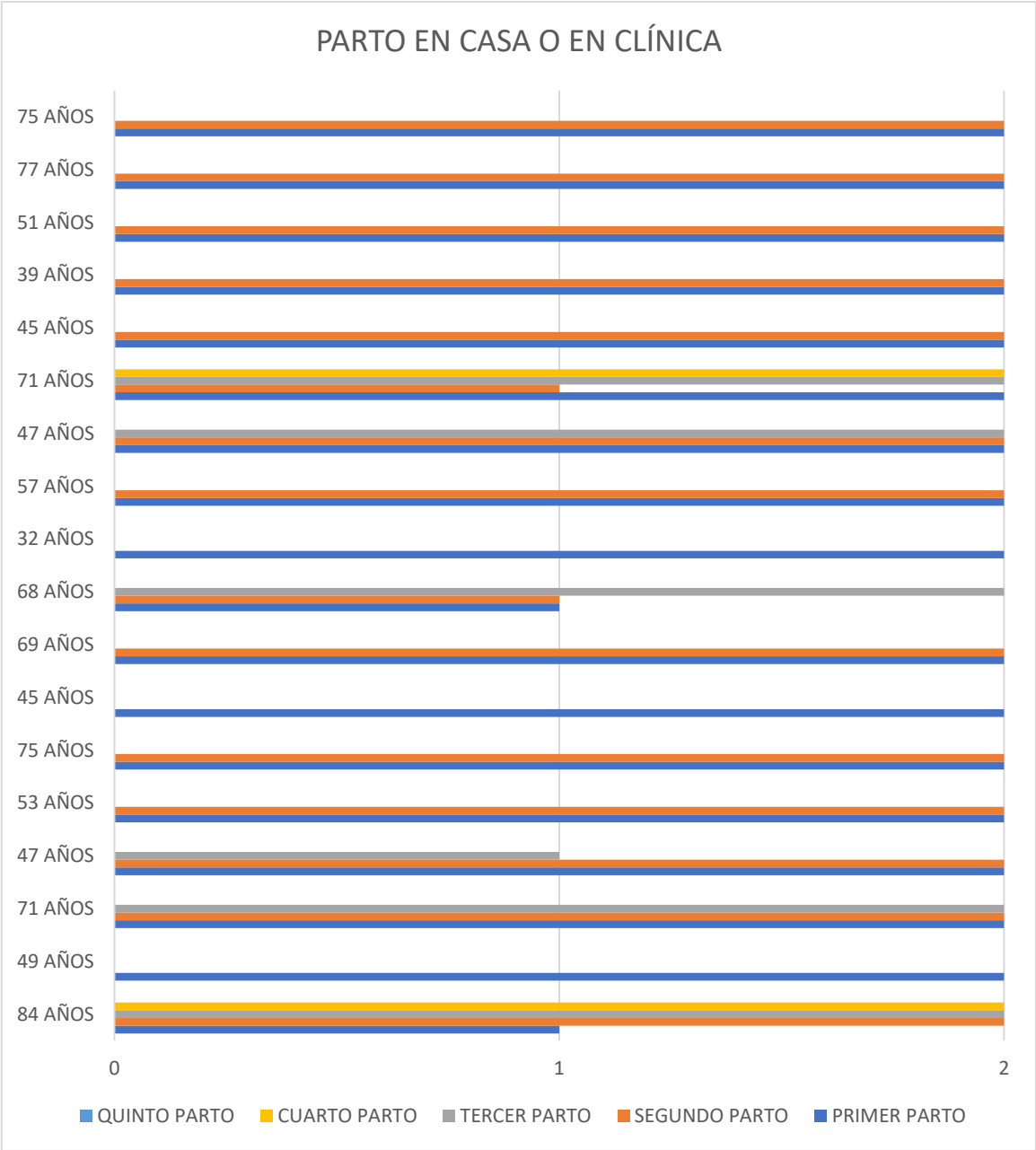
EMPATÍA con las mujeres primerizas, esto lo manifestaban desde el punto de vista de su experiencia y algunas por lo que vivieron también con sus hijas. Entre los nervios que las mujeres ya sienten al momento de dar a luz y el dolor que se vive por las contracciones, una de las mujeres pedía:

“A los médicos y enfermeras que sean más conscientes y que se pongan en el lugar de la mamá. Dar más información porque uno ahí sin saber qué le están haciendo o qué está pasando, que sean considerados y lo consientan a uno porque eso ya es demasiado duro como para que lo traten a uno feo”.

Además, las mujeres entrevistadas también manifestaron que tenían **confianza en el personal médico** y por esta razón, a pesar de sentir que se les estaban vulnerando los derechos, no manifestaron su incomodidad o molestia pues “se entiende que quienes atienden a las mujeres en ese estado son personas profesionales que conocen del tema y se supone que están velando por los intereses del paciente.”

Cabe resaltar que no todas las mujeres que fueron entrevistadas dieron a luz en un centro médico o en un hospital; según las estadísticas, de 18 mujeres participantes y 41 partos narrados, solo 5 de estos fueron realizados en casa atendidos por parteras y médicos, el resto de los partos fueron asistidos en una clínica, hospital y/o centro de salud, lo que da a entender que estas mujeres tenían algún grado de confianza en el sistema clínico existente en unidades de servicio especializado, incluyendo el personal médico que las atendió en ese momento.

En la siguiente gráfica tómese el número 1 como los partos que fueron atendidos en casa, y el número 2 como los partos que se realizaron en clínicas, hospital y/o centros de salud:



CAPITULO 3. Comparación de las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica, a través de los años.

a. Por ubicación

Sintetizando los datos recolectados en las entrevistas que se realizaron, se pudo evidenciar que las mujeres que para el momento de su primer parto estuvieron en la zona rural, tuvieron más complicaciones que aquellas que se encontraron siempre en la zona urbana.



Cabe resaltar que aunque 5 de los 41 partos fueron en casa, solo uno de estos fue en zona rural; se trata de una mujer de 84 años, que tuvo a su primera hija en el campo, exactamente en el municipio de Quipile, Cundinamarca, quien vivió una experiencia sufrida puesto que su familia no contaba con vehículo para transportarse y solamente había un médico que atendía los llamados popularmente “caseríos”, por esto sus familiares tuvieron que caminar aproximadamente 3 horas para llegar a casa del médico buscando ayuda para la mujer que tal como lo expresó en la entrevista:

“yo estaba en casa con la enfermera y sentía que me estaba muriendo”.

Por otro lado, encontramos entre las entrevistas la de una mujer de 77 años que por desconocimiento e inocencia dado su origen rural (en sus palabras) y aun encontrándose en la zona centro del municipio de Chía, por consejo de familiares no asistió al hospital sino hasta dos días después de romper fuente, lo que hizo que la vida de su primer hijo se viera en peligro:

“me dio malestar el sábado a las 2 de la tarde cuando reventé fuente, (...) allá estuve acostada todo el tiempo. Hasta el lunes a las 9 de la mañana nació el niño y ya estaba ahogado y yo estaba que me moría”.

Las mujeres que vivían cerca al centro médico asistieron caminando hasta allí para tener a sus hijos y hubo algunas que manifestaron casi no haber alcanzado a llegar; por ejemplo, una mujer de 69 años que contó su experiencia al momento de tener a su segundo hijo, relató que,

“para mi segundo hijo, Mario, me fui muy tarde, ya había roto fuente, todo y me fui caminando hasta el hospital, desde la casa y me tocaba parar en cada poste por las contracciones y casi nace en la puerta del hospital”.

El tema de la ubicación fue importante también para determinar el trato que tuvieron las mujeres al momento de dar a luz. Aquellas mujeres que siempre vivieron en la misma ciudad y ya eran conocidas por quienes trabajaban en el hospital o clínica tuvieron un trato diferencial y privilegiado, distinto del brindado a las foráneas a quienes el personal médico no conocía.

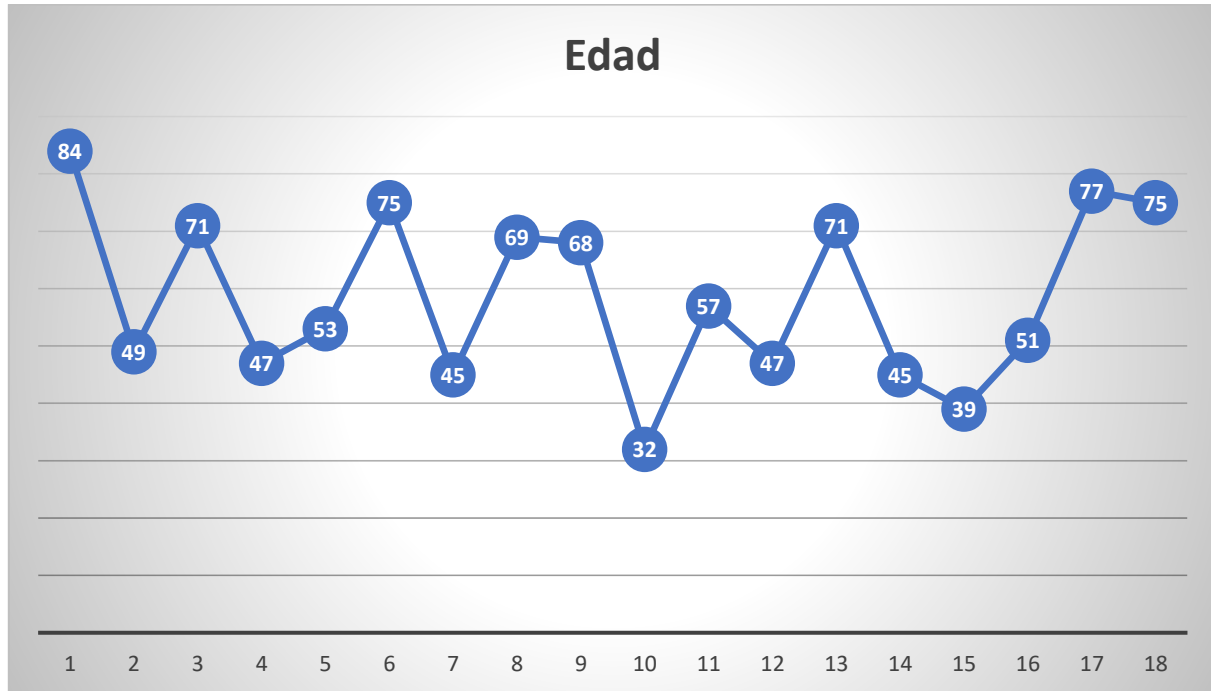
Encontramos el caso de dos mujeres que trabajaron en el Hospital y posterior al parto, tuvieron “la mejor” habitación para descansar y estar en observación.

Así mismo encontramos el caso de una mujer a quien se le había informado que no había habitaciones disponibles para el día que iba a dar a luz en una clínica en Chía y que, por esta razón iba a ser remitida a Bogotá, sin embargo, por sus “contactos políticos” fue atendida en la clínica original:

“Me dijeron que en Chía no había camillas, no había espacio de nada entonces por eso me mandaban a Bogotá. Yo llamé a un amigo político y por arte de magia aparecieron camillas, me recomendaron, me trataron bien.”

b. Por edad

Las entrevistas se practicaron a mujeres de diferentes edades, residentes en el municipio de Chía:



Gracias a esto, se pudo obtener datos y opiniones diferentes. Una demostración clara de la importancia de las diferencias de edad en las percepciones respecto de la experiencia es por ejemplo el caso de una mujer de 71 años quien, entre sus opiniones y consejos para las mamás primerizas, recomendaba la sumisión al personal de salud, sugiriendo a,

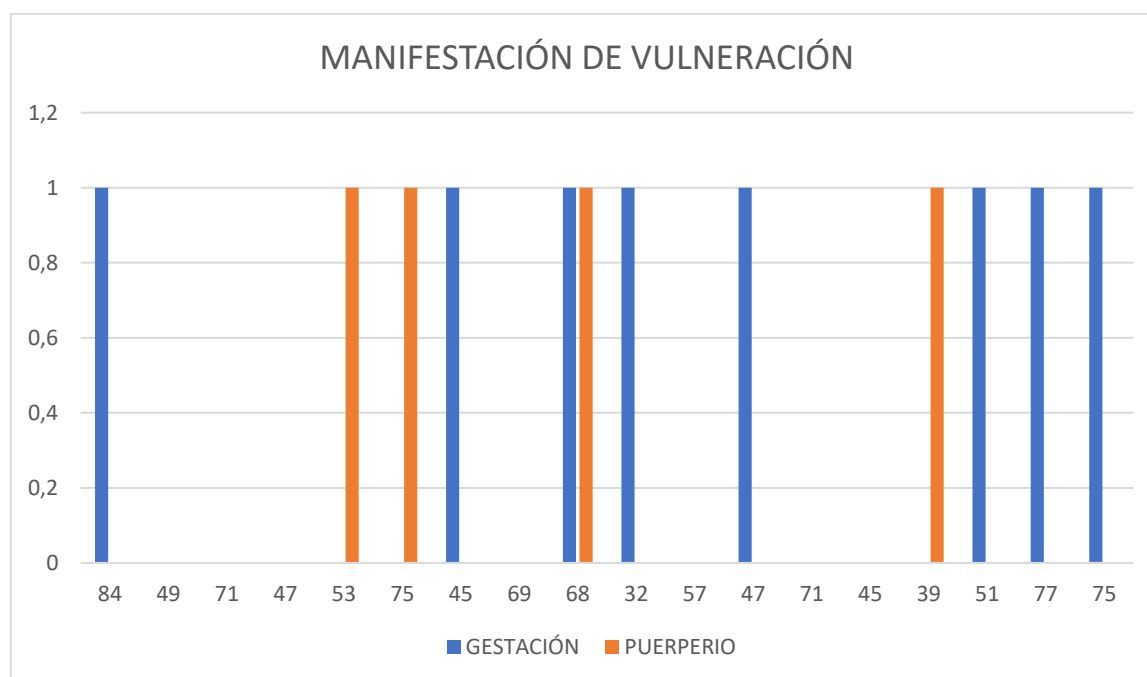
“(...) las mujeres que no sean escandalosas, porque a veces por eso no se dejan ayudar y por eso es que las enfermeras y enfermeros se van y las dejan solas. Entonces que las mamás primerizas pujen y obedezcan porque después están culpando a las enfermeras y al médico, cuando uno mismo hace que las cosas pasen.”

Por otro lado, a diferencia de la recomendación anterior, se encontró en la entrevista de una mujer de 32 años que, durante su estancia de varios días en la clínica, previo a tener a su hija, percibió aparentes faltas de respeto por parte del personal médico, manifestando que ellos charlaban, reían y hasta comían como si estuvieran en una cafetería sin respetar a las mujeres que se encontraban próximas a dar a luz, y que, posterior al nacimiento de su hija por cesárea, se acercó a la oficina correspondiente en la clínica y puso una PQR, que no fue respondida pero como ella misma lo manifiesta:

“hice lo que tocaba hacer”, al hablar de la necesidad de interponer la queja.

Con estas dos entrevistas se puede observar que el pensamiento de las mujeres que tuvieron a sus hijos hace ya más de 30 años y la que tuvieron sus hijos hace no más de cinco años o menos cambió bastante, al punto de que ahora se intenta hacer valer los derechos y se realizan las acciones pertinentes que están a su alcance para que no se vean vulnerados, conociendo la existencia de mecanismos de control como las PQRSF, en parte gracias a que se informa de su existencia en los centros de salud.

Un punto que se debe tener en cuenta es que, de las 18 entrevistas, no hubo una edad específica común en la que se sintieran vulneradas las mujeres, es decir que el factor etario no influyó en la aparente trasgresión de derechos que ellas manifestaron.



Las mujeres que respondieron SI a la pregunta *¿En alguno de sus embarazos recibió malos tratos por parte del personal de salud? (Maltrato físico, psicológico, palabras degradantes, comentarios molestos)* realizada en la entrevista semiestructurada, fueron mujeres de 32, 45, 47, 51, 68, 75, 77 y 84 años.

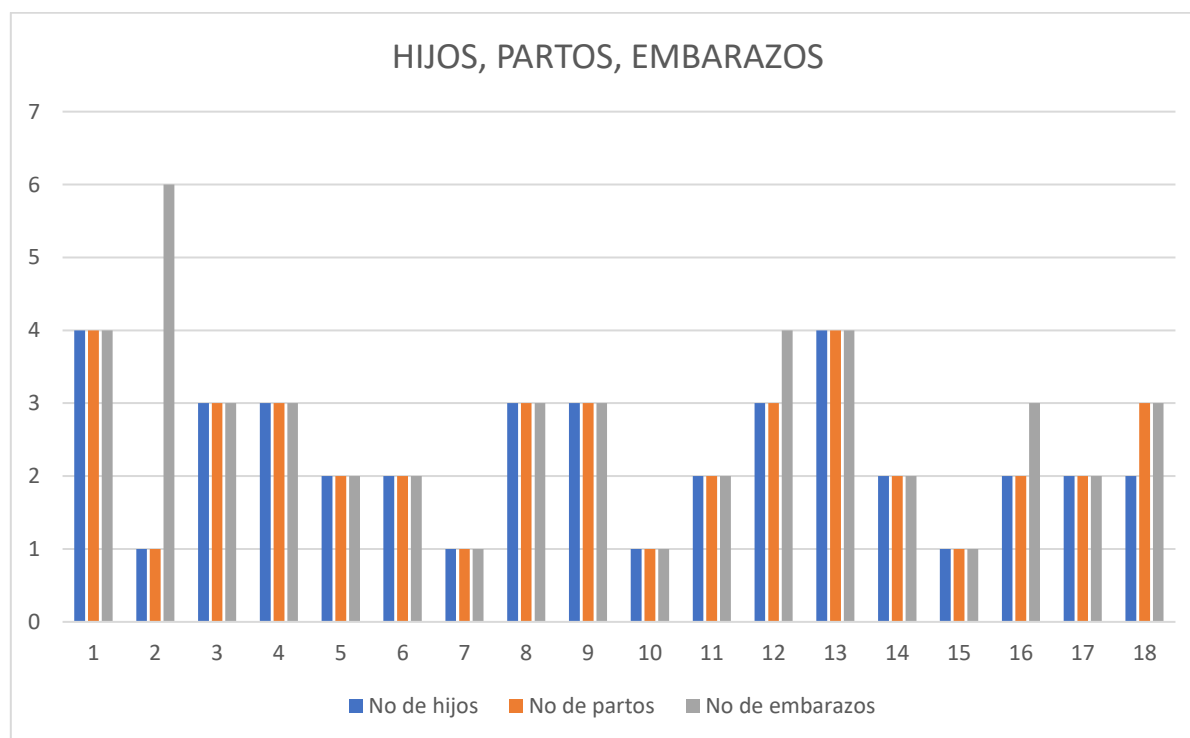
Las mujeres que respondieron SI a la pregunta *¿En alguna de sus etapas de puerperio (dieta) recibió malos tratos por parte del personal de salud? (Maltrato físico, psicológico, palabras degradantes, comentarios molestos)* realizada en la entrevista semiestructurada, fueron mujeres de 39, 53, 68 y 75 años.

Con esto se evidencia que no existe una época en la que se hayan vulnerado más los derechos de las mujeres gestantes del municipio de Chía o durante su puerperio, ni tampoco que exista una edad en la que las mujeres sean más propensas a que se le vean desconocidos sus derechos tanto en la gestación como en el puerperio.

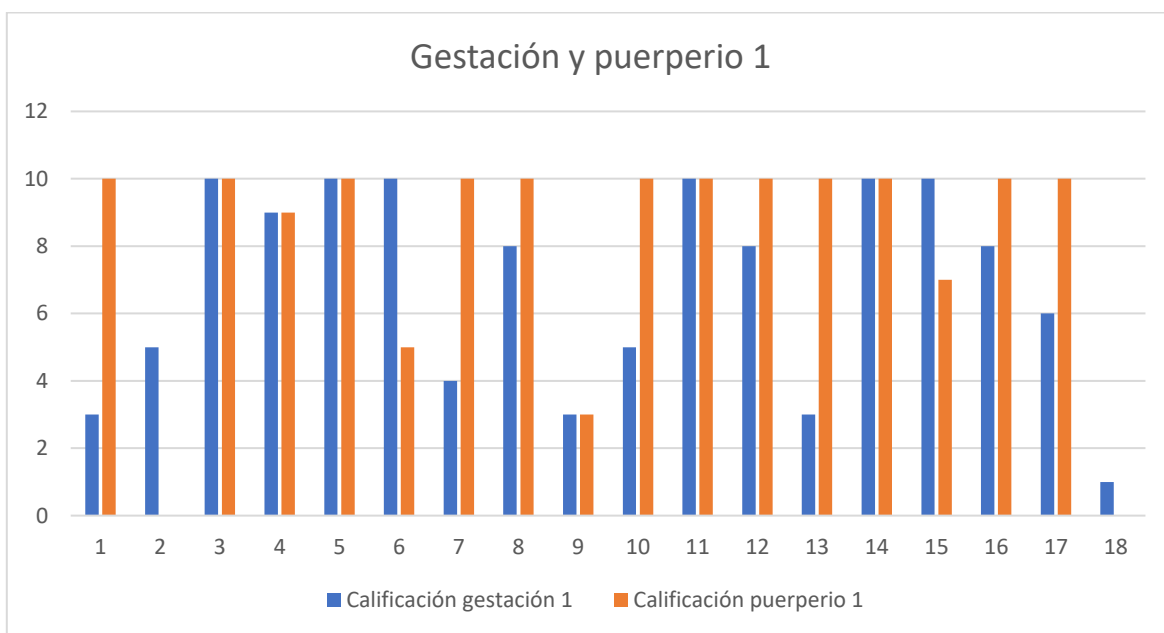
Además, se puede deducir que los actos de violencia obstétrica se han presentado desde hace muchos años, que siguen sucediendo y que a pesar de que se han generado leyes en Colombia no se ha eliminado este tipo de vulneración de derechos, al menos en el municipio de Chía lo que se deduce de las narrativas de partos de los últimos 5 años, contenidas en la población participante.

c. Diferencias entre parto primerizo y segundo o tercer parto

Analizando las diferencias entre las experiencias vividas por las entrevistadas, esto es, diferencias y semejanzas en general, diferencias y semejanzas entre las que parieron en el campo, en la ciudad o, en casa, se pudo concluir que el promedio de hijos que tuvieron las 18 mujeres entrevistadas fue de 2 hijos, teniendo en cuenta embarazos y partos, pues se encontraron también mujeres que tuvieron más de 3 embarazos, pero solo un parto.



En las entrevistas se le solicitó a cada una de las mujeres participantes que calificara en general del 1 al 10, siendo 1 la menor calificación y 10 la mayor calificación, lo agradable de la experiencia tanto en el parto como en el puerperio de cada uno de sus hijos; aquí es donde se puede evidenciar que la calificación de las mujeres entrevistadas determinó que la experiencia del primer parto fue menos llevadera en comparación con la vivida en el segundo parto:

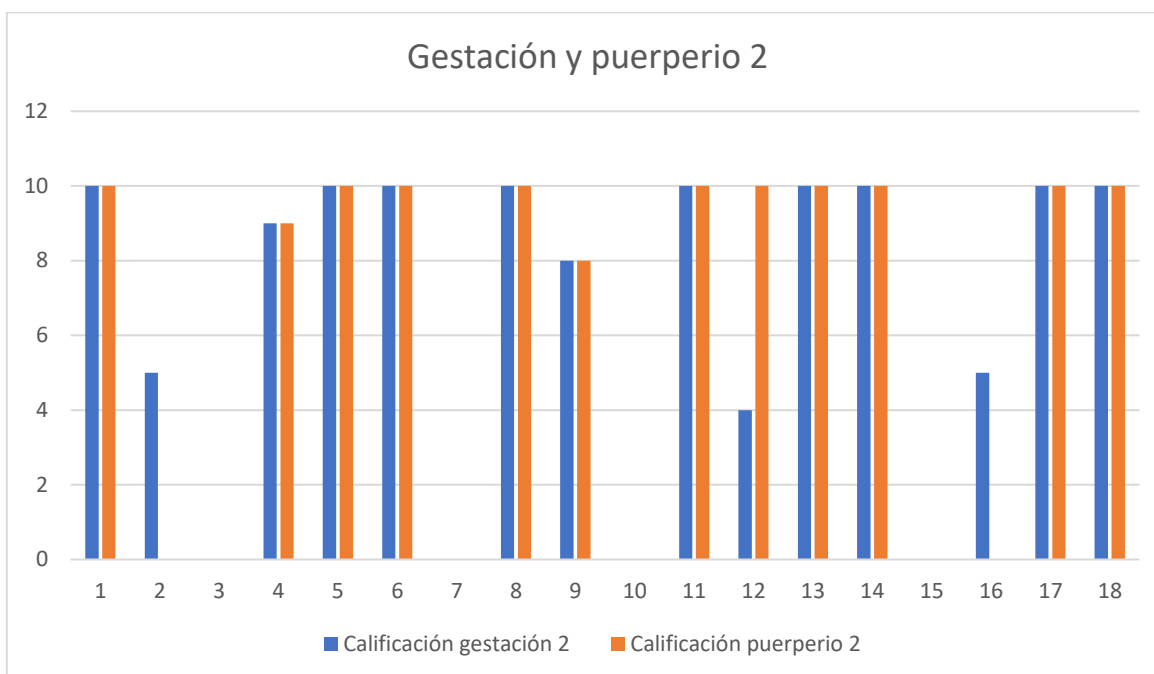


En la anterior gráfica se evidencia que solamente seis de las dieciocho mujeres entrevistadas consideran que su primera gestación tuvo una calificación sobre 10, lo que significa que un tercio de las mujeres entrevistadas manifiestan que su parto fue una muy buena experiencia. Así mismo encontramos una mujer que calificó con un 9 su experiencia y tres mujeres que calificaron con 8.

Sin embargo, en la misma gráfica podemos observar que una mujer calificó con 6 y dos mujeres calificaron con el número 5 su experiencia, manifestando que no fue mala pero tampoco buena; también encontramos una mujer que calificó con 4 y tres mujeres que calificaron sobre 3 su experiencia y hasta encontramos una mujer que dio la menor calificación: 1, demostrando que fueron casi la mitad de las mujeres las que tuvieron inconvenientes en el momento de dar a luz y por esta razón calificaron de forma negativa su experiencia.

Sin embargo, como anteriormente se expresó, el promedio de hijos que tuvieron las dieciocho mujeres entrevistadas fue de 2; previendo esta situación, se les

solicitó que calificaran del 1 al 10 su experiencia en su segunda gestación y segundo puerperio, obteniendo la siguiente gráfica:



De acuerdo con los datos recopilados en la gráfica “Gestación y puerperio 2” se puede observar que 9 de las 18 mujeres entrevistadas manifestaron que su experiencia en el momento de dar a luz a su segundo hijo fue muy buena, calificando sobre 10 este momento. Esto, de acuerdo con lo manifestado por ellas mismas se debe a que ya tenían conocimiento del proceso y demuestra que efectivamente la inexperiencia y el ser madres primerizas tuvo un claro impacto en los aspectos negativos de la primera experiencia.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A través de los años y de la información, las mujeres han aprendido a detectar el momento en que el personal médico vulnera sus derechos como gestantes, específicamente al momento sensible en que ellas están dando a luz.

Para la realización del presente proyecto, se decidió hacer trabajo de campo y entrevistas de forma personal a dieciocho (18) mujeres de diferentes edades, entre los 18 y los 85 años, que fueran exclusivamente residentes del municipio de Chía para obtener información verídica en tiempo real sobre el tema, además de poder anotar y tener en cuenta su expresión corporal y su forma de contar su historia, para así mismo determinar secuelas que pudieran dejar estas vulneraciones de derechos al momento de dar a luz.

Posterior a haber recopilado toda la información por parte de las mujeres participantes se pudo concluir que efectivamente la violencia obstétrica es un tipo de violencia que se ha presentado desde hace muchos años y aún en la actualidad aún se presenta a pesar del ordenamiento jurídico liberal y garantista y, de las incontables fuentes de educación sobre el particular, especialmente con la facilidad en tiempo y distancia que procuran las tecnologías de la información y la comunicación.

El problema de que aún las mujeres sean víctimas de este tipo de violencia, no radica, como se pensó en algún momento de la investigación, en que exista poca o nula información respecto de la violencia obstétrica o que no existan las normas suficientes que protejan a las mujeres durante la gestación, durante el parto y el puerperio o postparto; más bien es que a pesar de que existen leyes y normas que amparan a las mujeres durante estas tres etapas de la maternidad (embarazo, parto, puerperio), la falta de métodos, de proyección o campañas para que todas y cada una de las mujeres, sin importar si viven en zona rural o urbana, conozcan -y sobre todo entiendan- de forma clara esta información, es la razón por la que estas vulneraciones no se denuncien, en pocas palabras el desconocimiento parcial de sus derechos.

Cabe resaltar que gracias a la información que se recopiló y por la diferencia de edad entre las participantes, se pudo ver que en la actualidad, debido a la facilidad de encontrar este tipo de información, bien sea en redes sociales o por medio de internet, las narrativas de mujeres más jóvenes y que siempre han vivido en la ciudad, mostró una mayor conciencia sobre sus derechos durante la gestación y el parto, sin embargo, no en un porcentaje alto como se pensaría a pesar de la facilidad de obtener la información, lo que hace pensar también que debido a que es un tema del que poco se habla, las mujeres no se toman el tiempo de investigar sobre sus derechos.

Otra de las conclusiones a la que se llegó después del estudio es que uno de los principales problemas que tuvieron y tienen las pacientes gestantes para con el personal médico es la falta de comunicación activa que hay al momento del parto, pues muchas de estas mujeres además de que no conocían el procedimiento, hablando de madres primerizas, y debido a que no se sentían escuchadas por parte del equipo clínico o al menos participes activas de la situación, ellas no lograron percibir correctamente lo que sucedía, si se les estaban vulnerando sus derechos o no, además de tener miedo o pena a mostrar su incomodidad o inconformismo debido a que la mayoría no son tratadas de forma amable sino más bien brusca, pero las particularidades del momento del alumbramiento, ya de por si retador, hace que no quieran 'hacer más incómodo' el instante.

En conclusión de la investigación *“EVOLUCIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES DURANTE LA GESTACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN EN SALUD A PARTIR DE LAS NARRATIVAS DE MUJERES EN CHÍA (1970-2023)”*, los datos muestran que, aunque actualmente hay una mejoría respecto de la forma en que las mujeres de todas las edades, sin importar si viven en zona urbana o rural, pueden conocer la información referente a derechos de las gestantes, las normas en pro de su protección, de la mujer en trabajo de parto y la mujer en el puerperio o posparto, los delitos en contra de las mujeres gestantes, y demás, aún no se tiene la cultura de informarse antes del alumbramiento, tanto así, que entre las entrevistas realizadas solamente se anotó que dos mujeres asistieron al curso psico-profiláctico, una preparación donde se les da pautas para que su proceso sea exitoso y menos temeroso al ser informadas de lo que va a suceder.

Finalmente, cabe resaltar que, a pesar del avance, aún hay aspectos que se deben mejorar tanto por parte del personal médico como de las mujeres gestantes, incluyendo, por ejemplo, el trato empático por parte del personal médico y, como se indicó, la asistencia obligatoria a cursos psico-profilácticos por parte de las mujeres gestantes.

CONCLUSIONES DE MÉTODO

1. ¿Se cumplió el objetivo?

Posterior a terminar el proyecto, podemos observar que los *objetivos específicos* se cumplieron así:

El primero de los objetivos se trataba de *“Sintetizar las estrategias jurídicas en Colombia sobre la protección de los derechos fundamentales de mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica entre 1970 y 2023”*; respecto de este objetivo, fue alcanzado porque se hizo una verificación y una línea de tiempo de las normas Colombianas respecto al tema donde se pudo evidenciar el avance que han tenido cada una de estas regulaciones en pro de las mujeres gestantes, durante el parto y para el posparto.

En segundo lugar, se encontraba *“Identificar los derechos fundamentales vulnerados a partir de las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica entre 1970 y 2023”*, objetivo también alcanzado porque posterior a la revisión de la información aportada por las 18 mujeres participantes en el proyecto, se pudieron observar varios derechos vulnerados los cuales fueron: Derecho a la información, Derecho al buen trato, Derecho a la vida, Derecho a la libertad de conciencia, Derecho a la libertad de expresión y, Derecho de petición.

Finalmente, el último objetivo específico que se debía desarrollar en el proyecto de investigación era *“Comparar las narrativas expresadas por mujeres gestantes de Chía que experimentaron actos de violencia obstétrica, entre los años 1970 y 2023”*, respecto del cual se cumplió su cometido al realizar la comparativa por edad de las participantes con el fin de observar cómo era el trato por parte del personal médico en diferentes años y épocas; la comparativa por ubicación geográfica de las diferentes mujeres entrevistadas, esto con el fin de tener una idea y un punto de estudio de cómo eran tratadas las mujeres en la zona rural y en la zona urbana y; finalmente se observaron las diferencias entre la experiencia con el primer parto y el segundo o el tercer parto, punto importante para conocer el motivo por el cuál las mujeres no denunciaban cuando se les vulneraba sus derechos.

En resumen, los tres objetivos específicos fueron alcanzados, lo que se reflejó en los capítulos 1 a 3 del presente texto.

2. ¿Se respondió la pregunta?

La pregunta de investigación que se planteó fue: *¿Cómo ha sido la evolución en la percepción de la vulneración de derechos fundamentales durante la gestación y el puerperio, en la experiencia de atención en salud a partir de las narrativas de mujeres en Chía entre el año 1970 y el 2023?*

Posterior al estudio del proyecto, se pudo responder la pregunta de investigación, observando que la evolución en la percepción ha sido positiva teniendo en cuenta que en la actualidad las mujeres, debido al acceso que tienen a la información, son más conscientes y defensoras de sus derechos gestacionales.

3. ¿Se demostró la anticipación de sentido/hipótesis?

En la hipótesis que se planteó, se mencionaban puntos específicos que eran:

- *Los actos han pasado de la aceptación y la justificación al rechazo y la búsqueda de información:* Respecto a la primera parte de la hipótesis, se pudo evidenciar que efectivamente, las mujeres más jóvenes se dieron cuenta de las vulneraciones a sus derechos además de que mediante los cursos psico-profilácticos o las iniciativas públicas, han conocido más sobre el proceso de parto.

- *Desconocimiento de sus derechos como gestantes:* A pesar de que aún hay desconocimiento de los derechos como gestantes, durante el parto y en el puerperio, se pudo evidenciar en las entrevistas que a través de los años ha aumentado la cantidad de información que se le da a las mujeres gestantes respecto a sus derechos al momento del parto, como también en el aspecto médico, como, por ejemplo, respecto a la lactancia del recién nacido.

- *Momento de vulnerabilidad:* Muchas de las mujeres entrevistadas coincidieron en que el momento del parto fue demasiado doloroso y por esto, solo esperaban que su hijo o hija naciera rápido y bien sin preguntarse si estaban siendo tratadas de forma adecuada.

- *Cambio en la percepción de las mujeres como fuentes de reproducción y sumisión:* Las mujeres entrevistadas de mayor edad estaban solas, sus parejas permanecían trabajando y no fueron acompañadas por ellos, además que en muchas oportunidades debían llegar por sus propios medios al centro de salud o de vuelta a sus casas, después del parto.

4. ¿Cuáles fueron los aportes del proceso investigativo para con la investigadora en lo profesional?

En el ámbito profesional aprendí:

- Profundización sobre normas que conocía muy básicamente.
- El realizar la investigación con trabajo de campo me ayudó a relacionarme con las personas y a escuchar.
- Conocer más el tema de violencia obstétrica desde el Derecho y el papel del abogado en su prevención y lucha.
- Aprendía realizar una investigación de forma sistemática, desde su planteamiento hasta su conclusión.

5. ¿Cuáles fueron los aportes del proceso investigativo para con la investigadora en lo personal?

En el ámbito personal:

- Fui más empática y me puse en el lugar de las mujeres que fueron entrevistadas.
- Aprendí a desenvolverme con las mujeres, siendo clara a pesar de que la norma en ciertas ocasiones era confusa.
- Vi mi propio proceso de embarazo, parto y puerperio, desde una perspectiva más integral.

RECOMENDACIONES PARA OTROS INVESTIGADORES

- Promover la capacitación regular obligatoria al personal médico de los diferentes centros de salud no solo del municipio de Chía, sino de los demás municipios y departamentos del país.
- Difundir la información de los derechos y deberes de las gestantes a las mujeres que estén próximas a dar a luz, esto con el fin de que los conozcan y hagan valer, disminuyendo así la tasa de mujeres víctimas de violencia obstétrica.
- Asociar al personal médico con los trabajadores sociales para realizar un trabajo conjunto en pro de las mujeres gestantes y así evitar que sean violentados sus derechos antes, durante y después del parto.
- Brindar mayor claridad en la información que se difunde referente a los derechos y deberes de las gestantes para que sea clara para las mujeres de todas las edades y estratos sociales.
- Realizar investigaciones con diferentes enfoques metodológicos, realizando por ejemplo entrevistas a un grupo determinado de personas, esto con el fin de obtener una información más completa y real del problema.
- Incluir en las investigaciones diferentes puntos de vista de profesionales, líderes comunitarios, personas del común interesadas en participar, con el objeto de consolidar información y proponer soluciones que garanticen los derechos de todas las mujeres.
- Utilizar las investigaciones para abogar en favor de las mujeres, proponiendo ante las entidades ideas para promover el respeto y la protección de sus derechos fundamentales antes, durante y después del parto en el ámbito de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfarache, Á. (2003). *Identidades lésbicas y cultura feminista: una investigación antropológica*.
- Ámbito Jurídico. (2022). *Citas de medicina general no deben durar menos de 20 minutos*.
- Barrantes, K., & Cubero, M. F. (2014). *La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad*.
- Barrera, Y., & Díaz, L. (2018). *Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas*.
- Biblia Reina Valera*. (1960).
- Carrillo, P. G. A. S. M. R. G. P. J. M. Daniela. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*.
- Código Sustantivo Del Trabajo (1951).
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html#1
- Constitución Política de la República de Colombia*. (1991, July 20).
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Corpas de Posada, I. (n.d.). *Las mujeres en la biblia* (p. 380).
- Corte Constitucional. (1992, June 19). *Sentencia N° T-418/92B*. Corte Constitucional.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/1992/T-418-92.htm>
- Corte Constitucional. (2006). *Ley 1098 de 2006*.
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html
- Corte Constitucional. (2007). *Sentencia T-416/07*.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/t-416-07.htm>
- Corte Constitucional. (2011). *Ley 1438 de 2011*.
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Corte Constitucional. (2016). *Sentencia T-291/16*.
<https://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-291-16.htm>
- Cortés, F., Merino, W., & Bustos, K. (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Revista Chilena de Anestesia*, 49, 614–624.
- Crochetti, S. (2004). Ser madre, ser mujer, ser humana: Las mujeres en el antiguo Israel, las políticas natalistas y la legitimación religiosa. *La Aljaba, Segunda Época*, IX.
- Decreto 164 de 2010 (2010).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38740>
- Decreto 1398 de 1990 (1990).
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4557>

- Decreto 3380 de 1981 (1981).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68761>
- Gañán, J. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Superintendencia Nacional de Salud*, 3.
- Goberna, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *MUSAS Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. *Salud Pública de México*, 53.
- Herrera, F. (1995). El manual de Enfermería de Manuel Usandizaga. *Revista de Humanidades*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2019). Violencia obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima? *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*.
- Junta de Andalucía. (n.d.). Violencia. *Red Ciudadana Para La Detección y Apoyo a Las Víctimas de Violencia de Género*.
- La Declaración Universal de Los Derechos Humanos (1948).
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermero a través de la historia. In *La nueva relación clínica* (Vol. 29, pp. 7–17).
- Lehner, M. (n.d.). *Partos en la primera mitad del siglo XX*.
- Ley 23 de 1981 (1981).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
- Ley 100 de 1993 (1993).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Ley 599 de 2000 (2000). https://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html
- Ley 906 de 2004 (2004).
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0906_2004.html
- Ley 984 de 2005 (2005).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17319>
- Ley 1257 de 2008 (2008).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
- Ley 1639 de 2013 (2013).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53627#:~:text=Objeto,contacto%20con%20el%20tejido%20humano.>
- Ley 1712 de 2014 (2014).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56882>
- Ley 1751 de 2015 (2015).
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

- Ley 2244 de 2022, Pub. L. No. Diario Oficial No 52.092 (2022).
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html
- Ley Estatutaria 1581 de 2012 (2012).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Lujan, M. (2013). Violencia contra las mujeres y alguien más ... *Universitat de València*.
- Marrades, A. (2002). *Luces y sombras del derecho a la maternidad*.
- Ministerio de la Protección Social. (n.d.). *Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado*.
- Montealegre, D. (2020). *Aporte y críticas feministas sobre la incorporación de las mujeres y el enfoque de género en el desarrollo*.
- Moreira, F., & López, A. (2004). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2020). *Malawi: la lucha de una mujer contra el matrimonio infantil*.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*.
- Núñez, P., & Contreras, C. (2002). Los orígenes de la protección por maternidad. *Revista de Fomento Social*, 25–42.
- Oliveras, I. (2020). *Parirás con dolor y más, una aproximación sociológica a la violencia obstétrica y ginecológica*.
- OMS, FNUAP, & UNICEF. (1993). *Parteras tradicionales: declaración conjunta*.
- ONU MUJERES. (2019). El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020. *Familias En Un Mundo Cambiante*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. *Organización Mundial de La Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud y derechos humanos. *Organización Mundial de La Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Calidad de la atención*.
- Pérez, R. (2020). *Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia*.
- Personal asistencial. (n.d.). *Make It in Germany*.
- Personal de atención para la salud. (2015). *Instituto Nacional Del Cáncer*.
- Piedrahita, L. (2018). *Atención del parto hospitalario y tradicional*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Proyecto de Ley 147 de 2017 (2017). <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/1036-proyecto-de-ley-147-de-2017>

RAE. (2024). RAE.

Rivera, D. (2023). *La violencia obstétrica* (Grupo Editorial Ibañez, Ed.).

Rodríguez, J., & Martínez, A. (2021). *La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España*.

Salazar, C. (2023). *Crisis en Hospital General de Medellín: "No hay con qué atender a los niños."*

Santander Universidades. (2021, December 10). *Investigación cualitativa y cuantitativa: características, ventajas y limitaciones*.

Secretaría de Planeación - Grupo de Ordenamiento Territorial. (n.d.). Documento técnico soporte del plan de ordenamiento territorial. *Municipio de Chía*.

Sentencia C-055/2022 (2022). <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>

Sentencia C-355/06 (2006). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Tavera, A. (2016). *Violencia ¿Normal?* .

Torres Bardales, C. (2007). *Orientaciones básicas de metodología de investigación científica*. C. Torres.

UNICEF. (2015). *¿Qué son los derechos humanos?* <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/que-son-derechos-humanos>

Vásquez, J. (2016). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*.