

LO QUE ESCONDE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO<sup>1</sup>Sindy Catalina Restrepo Agudelo<sup>2</sup>

## Resumen

El presente artículo, examina la vivencia de la violencia obstétrica como violencia de género vistas en las prácticas de atención en el embarazo, especialmente durante el parto desarrolladas en las instituciones de salud. En este trabajo de investigación, se aborda particularmente la configuración de la subjetividad política femenina de quien opta por un parto alternativo y se prepara para ello. Se pretende mostrar la influencia de la atención institucional del embarazo y parto mediante prácticas como la episiotomía o cesárea en la construcción de significados en la mujer, con el propósito de visibilizar la problemática de la violencia obstétrica como violencia de género en la que se vislumbran relaciones de poder y de control social perpetuados sobre el cuerpo.

De esta manera, se destaca la complejidad social que arraiga al no ser reconocido por las mujeres como violencia y donde se hace necesario la implementación de los mecanismos necesarios que garanticen un parto humanizado lejos de cualquier forma de violencia/maltrato hacia la mujer y su hijo.

Palabras clave: Mujer, violencia obstétrica, subjetividad política, parto alternativo.

---

<sup>1</sup> Como parte del proyecto: La politización de la maternidad: una mirada desde el acceso a la justicia y la reivindicación del embarazo y parto respetado. Proyecto presentado por el grupo de investigaciones jurídicas de la Universidad Católica de Oriente.

<sup>2</sup> Psicóloga, Especialista en Psicología Educativa, Maestrando en Humanidades de la Universidad Católica de Oriente. Correo electrónico: [catalina.restrepo21@gmail.com](mailto:catalina.restrepo21@gmail.com)

## Abstract

This article examines the experience of obstetric violence as gender-based violence seen in pregnancy care practices, especially during childbirth in health institutions. In this research work, the configuration of the political subjectivity of women who choose an alternative birth and prepare for it is particularly addressed. The aim is to show the influence of institutional pregnancy and childbirth care through practices such as episiotomy or cesarean section on the construction of meaning in women, in order to make the problem of obstetric violence visible as gender-based violence in which power relations and social control perpetuated over the body are glimpsed.

In this way, it highlights the social complexity that is rooted in the fact that it is not recognized by women as violence and where it is necessary to implement the required mechanisms that guarantee a humanized birth far from any form of violence/mistreatment towards the woman and her child.

Key words: Woman, obstetric violence, political subjectivity, alternative birth.

## Introducción

El texto a continuación es un avance del proyecto de investigación: *La politización de la maternidad: una mirada desde el acceso a la justicia y la reivindicación del embarazo y parto respetado*, adscrito al grupo de investigaciones jurídicas de la Universidad Católica de Oriente teniendo como referente de enfoque, el indagar cómo se configura la subjetividad política de las mujeres que eligen un parto humanizado y alternativo en la ciudad de Rionegro. Este trabajo sitúa la mirada en la atención obstétrica institucional, mostrando las prácticas ejercidas sobre la mujer que se constituyen como violentas.

La estrategia metodológica utilizada de tipo cualitativo- narrativo, parte de la revisión de los antecedentes conceptuales en cuanto a la subjetividad política femenina, la violencia obstétrica y la experiencia de quien opta por un parto humanizado y alternativo; buscando comprender el significado de la autonomía sobre el cuerpo en la mujer durante el proceso de parto. Para ello, se explorará los procedimientos genéricos/rutinarios utilizados durante el parto institucional y sus efectos en la construcción de significados a través de los siguientes instrumentos y técnicas: entrevista semiestructurada, fotalabra y cartografía corporal.

Son muchas las transformaciones personales, familiares, sociales, culturales, educativas y políticas por las que ha atravesado la mujer para transitar del territorio privado de la cocina, hacia otros escenarios plurales y divergentes de participación y acción pública que la significan y configuran como sujeta de derechos (Gutiérrez de Pineda, 1998).

No obstante, en el terreno de la maternidad como proceso netamente femenino aún no ha tenido los progresos esperados que pongan a la mujer madre como centro de interés y acción durante el proceso de gestación, parto y posparto; dados el trato sobreprotegido y genérico donde se persuade su capacidad de decisión sobre su cuerpo mediante prácticas altamente controladas por la institucionalidad, que no solamente marcan el cuerpo como territorio sino también el vínculo gestado durante el embarazo y que bajo un miedo infundado, se garantiza y prolongan los procedimientos que en perspectiva de género se denominan violencia obstétrica (Vallana Sala, 2016).

A propósito de la subjetividad.

Inicialmente, se pretende el abordaje de los conceptos de subjetividad y subjetividad política femenina desde autores como Fernando González Rey, para quien el término subjetividad, se ve relacionado con el curso y relación del pensamiento, la palabra y el lenguaje como acción

social, en las que se introducen múltiples significados y donde el ambiente, se convierte en escenario de encuentro común. Por su parte, Álvaro Díaz la reconoce como un proceso de construcción de memoria, gestado a través del acto de pensar y pensarse en y a partir de la tensión entre el sujeto esperado y la cultura en la que se desarrolla; lo cual produce formas de ser y hacer divergentes denominadas subjetividad política.

Finalmente, en relación con la subjetividad política femenina y haciendo referencia a la cuestión de género; la pensadora Judith Butler la propone como un asunto constructivo producto del lenguaje y de la experiencia individual social que no obedece a paradigmas binarios, contrapuestos y biológicos de mujer y hombre, femenino y masculino; sino hacia formas construidas de género diverso en lo que la autora nombra como *queer*.

De acuerdo con lo planteado por González Rey, puede entenderse el concepto de subjetividad desde una perspectiva en la cual, el sujeto emerge como agente, que generando representaciones individuales transita hacia construcciones sociales de significado, organizados y complejos, poniendo énfasis en el papel activo del sujeto en su propio desarrollo, conformado no por entidades aisladas sino integradas en procesos emocionales, cognitivos y esenciales de la personalidad, que se hacen externas a través del pensamiento, el lenguaje y la acción (González Rey, 2008).

De esta manera, puede considerarse desde el autor que el sentido subjetivo es aquella unidad indisoluble, simbólica y emocional constituyente de lo humano individual y colectivo, que no solo se expresa en el momento actual, sino también desde una perspectiva histórica en donde convergen ya no una, sino múltiples subjetividades. Por lo tanto, el sentido subjetivo se construye a partir de la experiencia personal en escenarios plurales de reciprocidad en el espacio vital de la cultura (González Rey, 2008). Es también, una forma de subjetividad que implica el encuentro

trascendente de las formas de organización tradicionalmente establecidas en una cultura concreta, expresando un nuevo orden de carácter social que tiene en sí una trayectoria particular. De acuerdo con el texto, el autor propone la noción de representaciones sociales como una reproducción de la subjetividad social; o, dicho de otra manera; es el mecanismo por el cual se visibilizan e integran el conjunto de emociones, símbolos y discursos pertenecientes a una cultura (González Rey, 2008).

Siguiendo el hilo conductor presentado anteriormente, en donde la perspectiva histórico-cultural toma gran relevancia para la construcción de subjetividad, se resalta la relación dinámica entre pensamiento, palabra y lenguaje en la producción de significados, en la que la vida psíquica logra unificarse en lo que el autor expresa de la siguiente manera: “definimos lo subjetivo no por oposición a lo objetivo, lo que sería una versión de subjetivismo, sino como representación de un tipo diferente de objetividad, específica de los procesos psíquicos humanos en las condiciones de la cultura” (González Rey, 2010, p. 12).

Como se ha expuesto en relación a la subjetividad (González Rey, 2013), se propone mostrar no solo los aportes de Vygotsky en relación a la descripción de las funciones mentales en términos cognitivos y objetivos como lo quiso mostrar la psicología Rusa al omitir en cierto grado sus aportaciones desde lo social y afectivo; sino también su contribución para el reconocimiento de las relaciones entre cognición y emoción en la generación de nuevos procesos, y más tarde, del término subjetividad vinculándolo a aspectos como lenguaje, cultura y sentido donde éste se desarrolla. Vygotsky define el sentido como el contenido psicológico trascendente de la palabra y la experiencia, que integrados en la cultura construyen identidad.

Así mismo, puede verse como el autor amplía el sentido subjetivo hacia la subjetividad considerando aspectos constituyentes de la personalidad, organizados a través del lenguaje en lo que él expone de la siguiente manera:

La diferencia aquí establecida entre configuraciones subjetivas de la personalidad y de la acción, está apoyada en el carácter más estable y anticipatorio de aquellas configuraciones subjetivas de relaciones y situaciones que son parte estable de nuestras vidas, sobre las cuales se organiza nuestra identidad (González Rey, 2013, p. 36)

Lo anterior, permite observar un acercamiento a la subjetividad partiendo de la integración y configuración de la unidad psicológica, con base a la vivencia que cada persona tiene sobre su cuerpo y los significados resultantes de la interacción en la cultura a través de sus prácticas y costumbres que son siempre sociales (González Rey, 2013).

Finalmente, puede verse cómo con los retos logrados y por alcanzar en el tema específico de la subjetividad y la subjetividad política; la integración de factores individuales, colectivos y políticos desde una perspectiva social, permiten la construcción de un discurso y un sujeto portavoz de intereses, necesidades y colectividades con identidades propias como lo son: la familia, la escuela, la religión, los colectivos barriales, los grupos de diversidad sexual y los grupos de mujeres entre otros, aun ante la prevalencia de mecanismos autoritarios de poder que amenazan su desaparición (González Rey, 2012).

Dichas subjetividades, marcan el inicio de una nueva forma de participación y visibilización del sujeto, esta vez un sujeto político y empoderado, que busca reconfigurar los entornos sociales en los que participa y que se hallan deformados por el poder estatal y los conflictos de interés que sometieron durante mucho tiempo a las minorías nacientes de orden político/cívico, cultural, ecológico, homosexual y feminista. De esta manera, la subjetividad como nueva forma –fuerza- de organización, implica opciones y acciones de representación diversas e incluyentes que permiten el acceso a la justicia en condiciones de equidad (González Rey, 2012).

A propósito de la subjetividad política femenina

Sin lugar a duda, Judith Butler se ha configurado como una de las teóricas feministas más influyentes que se ha ocupado por la configuración de sujeto, subjetividad y feminismo en los últimos tiempos; cuya construcción obedece inicialmente a procesos, normas o patrones culturales heredados que permiten el encuentro con Otro que valida y reconstruye experiencias. Dicho proceso, deja al descubierto una aparente contradicción al proponer la construcción de sujeto a partir de un encuentro; sin embargo, deja entrever una serie de manifestaciones que segregan, limitan y excluyen a quienes no logran sujetarse a los estereotipos previamente establecidos.

El recorrido desarrollado por Butler en el texto *El género en disputa*, a partir de autores como Freud en textos como *The Ego and the Super-Ego*; Lacan en *Feminine Sexuality: Jacques Lacan and the Ecole Freudienne*; y Foucault en la obra *Historia de la sexualidad* vol. 1, entre otros; intenta abordar el sujeto femenino como una construcción, resultante de un proceso a través del cual, confluyen en un solo sistema de poder y control, la sociedad y ese gran Otro masculino que reconoce, da lugar y nombra a la mujer a partir de lo que ella no es, no la define y no la constituye; a saber: la falta. Sin embargo, tras ese esfuerzo de construcción de sujeto, se suma el carácter de vulnerabilidad ante el otro en las múltiples formas de poder históricamente conocidas, especialmente las de violencia (Butler, 1999).

Los ejes temáticos abordados en el texto incluyen conceptos como sexo, género, feminismo, deseo, identidad y lenguaje; en donde la noción de género hace referencia a las definiciones binarias y contrapuestas de hombre/mujer, macho/hembra, masculino/femenino las cuales configuran formas de ser y hacer, ligados a lo biológico, lo religioso y socialmente aceptado a lo largo del tiempo; y donde cualquier otra manifestación resulta antinatural y patológica. No obstante, Butler propone el desarrollo del género, como el resultado de una deconstrucción de las normas de la

cultura y cuyo proceso trasciende los modelos binarios descritos anteriormente, hacia formas subversivas de pensamiento, lenguaje, significación y vivencia del género y la sexualidad.

Dicho de otra manera, introduce una perspectiva desde la cual, el género resulta de una significación múltiple e incluyente; que implica la unión de criterios que refuta el sistema autocrático dominante y donde la solidaridad se constituye como prerequisite para la acción/participación- política femenina, que posibilita la vigencia del nuevo discurso e identidades por fuera del cliché binario hombre y mujer (Butler, 1999).

Siguiendo la línea del género como construcción, puede verse en cuanto a la subjetividad política femenina, el nacimiento de una mujer empoderada, que mediante acciones conjuntas reclama por la protección de sus derechos que redunde en políticas y procedimientos que garanticen el acceso a la justicia, la no repetición y a la protección de la mujer y las minorías (Díaz Gómez, 2014).

De acuerdo con lo anterior, la subjetividad política femenina se va constituyendo tras los esfuerzos por reflexionar sobre sí mismas, lo cual les permite abrir caminos de resistencia, participación y restablecimiento de derechos tanto a nivel personal como colectivo organizado. Si bien se gesta una nueva forma de subjetividad y participación en lo político para la mujer, aparecen también, reacciones y mecanismos de poder que, desde el lenguaje, ponen en juego la estabilidad del terreno conquistado, al sujetarla en medio de fuerzas opuestas conocidas como normas o ideales (Butler, 1999).

Por lo tanto, desde la perspectiva de Butler se introducen discursos construidos sobre la base del sexo, el género y la identidad, todos ellos válidos y descentrados de las categorías de mujer y hombre; que en y a través del lenguaje, funcionan como manifestación de subjetividad, actuación



diversa *-performance-* que nombra a la nueva mujer y donde una serie de colectivos compuestos por minorías en su mayoría excluidas y vulneradas como: lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales, asexuales, pansexuales y queer; que integrando la diversidad sexual y las identidades de género son visibilizados, reconocidos y protegidos desde y en la cultura y la política.

Históricamente, la institucionalidad ha condenado al sujeto femenino a la adaptación y a la repetición de mandatos y normas, en donde el acontecimiento del sujeto emergente actúa ubicándolo como un ser que se transforma y transforma en un discurso propio, novedoso, equitativo y abierto a nuevas posibilidades; en el que la categoría del nosotros ocupa un lugar referente en las formas de percibir y comprender el mundo. Así mismo, propone una confrontación interna y externa que, desde el discurso, amplía los escenarios de participación política y ejercicio de poder cuyo camino para su realización es la libertad personal.

Es por esto, que se anima al sujeto emergente a participar en la construcción de colectivos políticos que posibiliten la actuación desde la sensibilidad y conocimiento de la cultura, características particulares y su territorio corporal en pro de la garantía y protección de su identidad, en las que no hay asignaciones de feminidad y masculinidad que sean más válidas que otras; y donde se visibilicen las actuaciones construidas y consensuadas que amplían las nociones de sexo, género, identidad y subjetividad política.

Los hechos violentos en materia política de la historia reciente de Colombia, han permitido la configuración de la subjetividad política femenina a partir y desde la contingencia; lo que posibilita a las mujeres identificarse y unirse para la reivindicación de sus derechos y reconstrucción de experiencias de mujer y madre desde una perspectiva feminista; por lo que es

posible pensar que el ser mujer además de una categoría biológica, sea también una construcción y resignificación de lo vivido.

#### Mujer y violencia obstétrica.

En aras de la identificación y comprensión de los conflictos de poder en el sistema de salud y más en cuanto a la captación, atención y seguimiento a la mujer gestante, se hará referencia a diferentes estudios que muestran la estrecha relación entre la aplicación de los protocolos de atención en salud y la violencia obstétrica como forma de violencia de género

Se considera importante el estudio “*Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género*” (Urrea Mora, 2014), en donde se plantea una reflexión entre el significado de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo y la maternidad; y los significados que sobre los anteriores conceptos tienen los profesionales encargados de prestar los servicios en salud. Las líneas de trabajo desarrolladas en la investigación inician, por el abordaje de los estereotipos sobre el ser y el cuerpo de la mujer ligado a la tradición religiosa y patriarcal, seguido por la actitud sobreprotectora de los profesionales de salud y los progresos que la perspectiva de género y legislación actual le confiere voz y poder de acción sobre sus derechos.

Se permite conocer, además, los encuentros y desencuentros de significado que, sobre el cuerpo, la maternidad y la autonomía tienen las mujeres y los profesionales; mostrando como la maternidad tiene múltiples interpretaciones de acuerdo con la experiencia, resultante de una construcción en la que interviene no solo la mujer; sino además la cultura, la religión y la familia lo que les permite nutrir y actuar los estereotipos de mujer y maternidad. Lo cual devela el poco reconocimiento de la mujer como sujeta de derechos y agente autónoma en la toma de decisiones

en lo que a la atención al embarazo se refiere; moldeando sus percepciones y castigando sus naturales inclinaciones. Tal y como lo expresa la autora en:

De esa forma se produce una fuerte presión sobre las mujeres y muestra la carga de significados que tiene hablar de maternidad que traspasa lo puramente biológico de la procreación y lleva a pensar que el tránsito por la gestación y la maternidad es un complejo proceso personal, biológico y social, con un enorme componente biomédico (Urrea Mora, 2014, p. 15)

En cuanto a la percepción sobre el significado del cuerpo sobresalen desencuentros. De un lado, las mujeres que hablan de su embarazo como una situación problema dados los cambios físicos y emocionales vividos, y de otro lado; la percepción de los profesionales al referirse al mismo desde la moral y sus procesos de formación “El cuerpo de la mujer embarazada [...] es hermoso, bonito, es algo en lo cual no podemos sentir vergüenza, porque está dentro de los mismos cambios físicos...” (Urrea Mora, 2014, p. 18); lo anterior deja al descubierto la percepción generalizada de la maternidad como eje central en la vida de la mujer, develando una vez más las relaciones desiguales de poder, culpa, control y vulnerabilidad experimentados por la mujer.

Así mismo, es importante conocer la perspectiva desde la cual, se aborda el concepto de autonomía en donde la autora expresa citando a Meyer:

La autonomía se conforma con una serie de habilidades alcanzables y significativas como son el autodescubrimiento, la autodefinition y la autodirección, las cuales no pueden ejercerse privadamente, pues necesitan modelos en el mundo público para desarrollar la competencia como una persona autónoma (Urrea Mora, 2014, p. 26).

Lo cual contradice la vivencia actual de la mujer, porque son las instituciones y en especial los profesionales, los encargados de decidir y/o persuadir a la mujer sobre aquello que le es lícito hacer sobre sí misma; por lo que se hace necesario ampliar la comprensión y visión participativa de la mujer durante la atención al embarazo y parto.

Con relación a la investigación *“Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica”*, se propone la conceptualización del término a partir de tres ejes que, aunque diferentes se encuentran relacionados entre sí; de un lado el legislativo y académico, y de otro las subjetivas a partir de la experiencia de la mujer. Para el primer ítem señalado, la autora reconoce los progresos de algunos países Latinoamericanos entre ellos Argentina, Venezuela y Colombia a saber:

La Ley nacional n° 264854 incluye a la Violencia Obstétrica como una de las modalidades de las violencias contra las mujeres y la define como: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 [“De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento”, conocida como “Ley de parto respetado”] (Castrillo, 2016, p.4)

A lo que puede añadirse la distinción que la OMS (2014)<sup>3</sup> realiza al señalar:

1. Procedimientos y uso de medicamentos innecesarios hacia la mujer madre y el feto.
2. Maltrato verbal y físico dirigido a la mujer madre

---

<sup>3</sup> OMS: en el año 2014 la Organización Mundial de la Salud declara “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”.

3. Carencia de insumos requeridos para la atención e instalaciones inadecuadas
4. Revisiones periódicas de parte de residentes y practicantes sin la autorización de la madre
5. Exclusión por razones culturales, económicas y religiosas (Castrillo, 2016).

El supuesto saber y poder adjudicado culturalmente al personal médico, valida el trato deshumanizado e irrespetuoso hacia la mujer durante el seguimiento y atención al embarazo y parto vistos en un mañoso “consentimiento informado” de la mujer y de la familia para la autorización y administración de procedimientos a veces innecesarios para agilizar el proceso de parto, lo que distancia a la mujer madre de su ritmo corporal, sus emociones y ciclos; sumado al desconocimiento de los efectos secundarios que sobre la mujer y su hijo pueden provocar (Vallana Sala, 2016).

Siguiendo con los procedimientos médicos realizados a la mujer- madre como forma de maltrato, ha de considerarse uno más en la atención al neonato, a través de la realización de exámenes de laboratorio y vacunación que, aun reconociendo su importancia; retrasan el contacto inicial, necesario e imprescindible con la madre en el favorecimiento del vínculo y el apego seguro; en lo que la autora expresa “nacemos inmersos en la violencia” (Vallana Sala, 2016, p.14).

Con base en lo anterior, se propone la definición de la violencia obstétrica como una forma de violencia ejercida por el personal médico hacia la mujer durante la atención del embarazo, parto y posparto; involucrando manifestaciones verbales, psicológicas, simbólicas y estructurales en razón a la cultura, género, grado de escolaridad y tipo de afiliación al sistema de salud (Vallana Sala, 2016). Dentro de las formas simbólicas de maltrato, ha de reconocerse el trato despectivo/negligente hacia la mujer madre, el cual, resta capacidad de decisión y acción autónoma sobre su cuerpo y los procedimientos, fomentando el uso de prejuicios morales durante la atención.

A continuación, se presenta una breve descripción de los países que en América Latina se han pronunciado con relación al tema en cuestión. Venezuela, como el primer país que nombra y reconoce la violencia obstétrica como forma de violencia de género a través de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, vigente desde el año 2007 aclara las siguientes manifestaciones: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, posición ginecológica obligatoria, restricción del contacto inicial del niño con su madre, sumado a la alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas como la aplicación de oxitocina<sup>4</sup>, episiotomía<sup>5</sup> y cesáreas inconsultas (Vallana Sala, 2016).

Seguido por Argentina que, a través de la ley 26.485 “*Ley de protección integral de las mujeres*” reconoce como violencia las actitudes y prácticas de los profesionales médicos en la atención del embarazo, parto y puerperio; a través de conductas como: aceleración del parto y el trato sexista y amenazante a la mujer. Por su parte, México tipifica la violencia obstétrica desde el año 2014 introduciendo a las prácticas anteriores la negligencia, vistas en la esterilización inconsulta durante el parto. Como frutos de estos progresos sobresale el test de violencia obstétrica desarrollado por la “Asociación civil dando a luz” y “colectiva maternidad libertaria” de Argentina en el año 2011 (Castrillo, 2016, p.18).

---

<sup>4</sup> Oxitocina: hormona producida por el hipotálamo, entre sus múltiples funciones se destacan la modulación de comportamientos sociales, sentimentales, y conducta sexual. Así mismo, en las mujeres la oxitocina es liberada en grandes cantidades tras el cambio del cérvix uterino y la vagina facilitando parto.

<sup>5</sup> Episiotomía: comprende una incisión quirúrgica entre el ano y los genitales femeninos, con el fin de ampliar el canal vaginal y acelerar la salida del feto en el trabajo de parto. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud.

25 de noviembre Día Internacional de la Eliminación  
de la Violencia contra la Mujer

Test de Violencia Obstétrica  
Marco Legal: Ley Nacional N°26485, Ley Nacional N°25929

Mientras estabas internada en la clínica u hospital con contracciones de trabajo de parto:

1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?
3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

Rasurado de genitales - Enema - Indicación de permanecer acostada todo el tiempo - Rotura artificial de bolsa - Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto - Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas - Compresión del abdomen en el momento de los pujos - Episiotomía – Cesárea - Raspaje del útero sin anestesia

6. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
9. ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)
10. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de vos (que no habías “colaborado”)?
11. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

**SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS ES SÍ,  
FUISTE VICTIMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

Para el caso Colombiano, no han sido ajenas las prácticas que en el seguimiento y control del embarazo, parto y posparto han resultado violentas; las cuales, han redundado en la limitación de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, deseos e intereses; y han vuelto el proceso de parir y nacer en un proceso productivo en donde prima la cantidad de partos atendidos y no la calidad en los mismos, en lo que la antropóloga médica Robbie Davis- Floyd describe a través de las siguientes características:

1. **La objetivación de las pacientes:** Donde las pacientes son entendidas como objetos y no como sujetos.

2. **Cuerpo máquina:** (...). Esta visión hace que se estandarice el proceso y se homogenicen todos los partos y las parturientas bajo los mismos conceptos.
3. **Estandarización de los cuidados y procedimientos:** Todas las “pacientes” reciben los mismos cuidados y son sometidas a los mismos procedimientos impresos dentro de los protocolos institucionales, (ya sea que los requieran o no).
4. **Separación mente – cuerpo:** Propia de la medicina occidental, donde la visión dual cartesiana fragmenta el organismo no solo en cuerpo y mente, sino de acuerdo con la función de cada órgano.
5. **Organización jerárquica:** Donde las parturientas son alienadas de su rol activo durante el parto, otorgando notoriedad, protagonismo y poder autoritario al personal de salud, especialmente a los médicos.
6. **Búsqueda de beneficios económicos y/reducción de costos.** Por ejemplo, la aceleración del parto fomentado en el interior de las instituciones por medio de procedimientos protocolarios, que tiene como fin la reducción del tiempo de hospitalización y, por lo tanto, la reducción de los costos por paciente.
7. **Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología:** Otorga un mayor reconocimiento y credibilidad a los datos que arrojan las tecnologías aplicadas al parto. Ecografías, monitores, etc., replazan la clínica del embarazo, eliminando la interacción y la relación intersubjetiva entre pacientes y médicos (Vallana Sala, 2016, p. 41,42).

Tradicionalmente y gracias a la influencia capitalista, la esencia e inclusión social de la mujer ha girado en torno al desempeño de roles como la maternidad y sus ciclos fundamentales,



iniciados con la menarquia<sup>6</sup> en la adolescencia; seguido del embarazo y finalizando con la menopausia<sup>7</sup>; situaciones que en la actualidad, comportan signos y síntomas de enfermedades “culturales” no solo para la mujer; sino también para la sociedad restando importancia a la naturalidad de los ciclos femeninos tal y como lo nombra la autora “las mujeres somos percibidas como agentes contaminados y contaminantes” (Vallana Sala, 2016, p. 85). Prueba de lo anterior, sobresalen los comerciales en donde se propagan productos de venta libre para el cuidado de la zona V<sup>8</sup> y medicamentos a base de estrógenos que lejos de ser “indispensables” para la higiene de la mujer resultan costosos y, por ende, de difícil acceso.

De acuerdo con Vallana Sala, dentro de las estrategias y métodos de control desarrollados por el sector salud se encuentra la “demanda inducida” entendida como todas aquellas actividades que orientan a la población para el uso de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas; que para el caso de la mujer gestante se encuentra:

- Cartillas para el embarazo e ingreso al programa materno perinatal: entregado a la mujer en la primera cita de ingreso al programa, que incluye recomendaciones nutricionales, salud oral, actividad física, entre otras.
- Controles prenatales y exámenes diagnósticos: incluyen pruebas de laboratorio clínico realizadas en cada trimestre, citologías o frotis vaginales y ecografías; subestimando la información valiosa vinculada con pensamientos y sentimientos que la mujer madre proporciona de su experiencia concreta.
- Cursos psicoprofilácticos: de obligatorio cumplimiento no solo para la mujer- madre sino también para la pareja, cuyo propósito es el de preparar a través de charlas a los futuros padres

---

<sup>6</sup> Menarquia: primer episodio de sangrado vaginal – menstruación- de la mujer, cuya edad de inicio oscila entre los 10 y 13 años.

<sup>7</sup> Menopausia: última menstruación que generalmente ocurre en edades entre 48 y 55 años.

<sup>8</sup> Zona V: zona vaginal

en temas como nutrición, signos y síntomas de alarma a nivel psicosocial, apego emocional, y lactancia materna.

Singular importancia toma la frecuencia con la que se realizan cesáreas en Colombia; en donde se justifica su realización debido a posibles riesgos durante el parto como por ejemplo una presunta distocia<sup>9</sup>, lo cual esconde múltiples factores asociados a la cultura de la prevención del dolor, factores estéticos, cesáreas previas y el afán de los médicos de acelerar el proceso de atención, reduciendo tiempos de hospitalización y agotamiento laboral. Así las cosas, entender y atender un parto humanizado amerita la inclusión de todos los agentes implicados: los profesionales de la salud, las instituciones y fundamentalmente a la mujer- madre y su familia en lo que la autora Vallana Sala expresa:

Un parto respetado es respetar las decisiones, la privacidad, la intimidad, los deseos de quien pare, entender que cada parto es diferente y, por ello, las medidas de atención deben acomodarse y adaptarse más a quien pare, y menos a los requerimientos institucionales y profesionales. Así mismo, se debe permitir el vínculo temprano madre/hijo inmediatamente tras el parto/nacimiento, si las condiciones de salud de madre y/o hijo son adecuadas, inclusive durante la cesárea. (...). Evitar cualquier referencia o juicio de índole moral que pueda intervenir en el trato dado a la dueña del parto, ya sea por edad, clase social, cantidad de hijos, creencias, origen, estado civil, etc., si una mujer se encuentra pariendo, cualesquiera que sean sus circunstancias, y ha buscado atención médica institucional, requiere de una amistosa empatía, no de opinión “especializada”, ni crítica “experta” (Vallana Sala, 2016, p. 127-128).

---

<sup>9</sup> Distocia: es la anormalidad y lentitud con la que se desarrolla el parto, o la fase expulsiva procede de manera anormal o difícil, que puede provocar sufrimiento fetal e hipoxia neonatal.

En el proyecto de ley 147 de 2017, presentado por la senadora Colombiana Nadya Blel Scaff, se contempla una vez más, la similitud en la conceptualización de la violencia obstétrica vistos en los trabajos descritos anteriormente, en donde se la especifica como toda forma de violación a los derechos humanos y reproductivos de la mujer, caracterizada por conductas de acción u omisión ejercida por el personal de salud; afectando la salud, la integridad sexual y reproductiva de la mujer durante la atención y seguimiento al embarazo, parto o posparto; y que pese a la evidencia; el ordenamiento jurídico Colombiano no lo contempla como violencia y por ende carece de los mecanismos necesarios que permitan la erradicación y sanción frente a los mismos (Blel Scaff, 2017).

La mujer, de sujeto a objeto

A continuación, se presentan algunas consideraciones derivadas de los encuentros realizados con una mujer<sup>10</sup> quien elige un parto alternativo en el municipio de Rionegro que permite ampliar la comprensión del fenómeno estudiado:

*En cuanto a la experiencia de la gestación/ embarazo:*

Colaboradora	Referentes consultados
<p>“Mi embarazo fue muy feliz, yo no tuve nada ni un dolor de cabeza, ningún vómito. Me lo disfruté de principio a fin y mi parto también digamos que fue como lo quería, yo me preparé; hice mucho yoga; pedí pues también como un acompañamiento para conocer más (...)”.</p>	<p>De acuerdo con las fuentes bibliográficas consultadas en materia de violencia obstétrica, sobresalen las actitudes ansiosas de las gestantes dados los cambios físicos y emocionales del embarazo, las cuales son experimentados como situaciones adversas generadoras de malestar no solo a nivel personal, sino también a nivel familiar.</p>

A partir de la experiencia como psicóloga asistencial en los programas PyP<sup>11</sup> en instituciones encargadas de prestar los servicios en salud a las gestantes; sobresale en las mujeres

<sup>10</sup> Mujer de 34 años, primípara. Profesional en artes dramáticas y residente en el municipio de Rionegro Antioquia

<sup>11</sup> P y P: promoción y prevención.

la no planeación consciente de sus embarazos, aunque haya una aceptación de estos, lo cual hace de la gestación una experiencia “traumática” -al menos en sus inicios- dados los cambios a todo nivel bien sean físicos, emocionales, laborales y familiares.

*En cuanto a la implicación- participación de la pareja y la familia durante el proceso*

Colaboradora	Referentes consultados
<p>“pedí pues también como un acompañamiento para conocer más, porque yo sabía que me iba, nos iba a tocar a Juan y a mi muy solos (...). Entonces queríamos una crianza respetuosa, una crianza con apego, (...) y que nadie metiera mucho la mano”.</p> <p>“Los talleres de padres que hicimos Juan y yo, nosotros teníamos hasta un cuaderno de cómo se cuidaba el bebé los primeros 8 días, el horario, a las 8 de la mañana tal, a las 9 de la mañana tal; hicimos todo como; y lo teníamos pegado a la pieza. (...), yo me informé mucho sabía cuáles eran los efectos secundarios de la epidural, de la oxitocina, de todo eso; entonces yo quería parir sin nada de eso y obviamente quería hacer un parto natural, entonces si, como me preparé mucho físicamente y mentalmente para poder hacerlo y fue así...”</p>	<p>En la práctica clínica cotidiana, puede verse la poca participación en los programas de atención de la gestante vistos en un ingreso tardío al control prenatal y la no asistencia a las citas programadas no solo de la mujer madre sino también de la familia -en algunos casos-. Las consultas y encuentros educativos parten de los intereses de los profesionales (medicina, nutrición, enfermería y psicología) e instituciones a través del desarrollo de temas como lactancia materna, salud oral, nutrición y planificación familiar, vistas en las cartillas entregadas por las IPS y no a los intereses y angustias manifestados por las pacientes como ansiedades familiares, relación entre hermanos, embarazo a los 40 años de edad, sexualidad en el embarazo, parto humanizado entre otros.</p>

A través de la demanda inducida establecida en la resolución 412 de 2000, se establecen los programas y actividades para la detección temprana de alteraciones durante el embarazo, buscando la participación de la mujer madre y de la familia en los programas de PyP; los cuales son de obligatorio cumplimiento e integra las áreas de psicología, medicina, nutrición y odontología y otras subespecialidades en caso de ser requeridas. No obstante, se observa la poca adherencia a los mismos.

*En cuanto al acompañamiento alternativo vs institucional:*

Colaboradora	Referentes consultados
<p>“pedí pues también como un acompañamiento para conocer más (...) una Doula. Si pues, igual ella hacia el acompañamiento de embarazo y de parto. Entonces, en el embarazo con un programa que tenía la alcaldía en ese entonces gratuito. Ahora ya no lo tiene más. La sala gestar (...)</p> <p>Los talleres de padres que hicimos Juan y yo, nosotros teníamos hasta un cuaderno de cómo se cuidaba el bebé los primeros 8 días, el horario, a las 8 de la mañana tal, a las 9 de la mañana tal; hicimos todo como; y lo teníamos pegado a la pieza”.</p>	<p>Si bien en Colombia se tienen los lineamientos RIAS Rutas Integrales de Atención en Salud, por las que se establecen las orientaciones y protocolos que en materia de salud deben regirse tanto los profesionales de la salud como las instituciones para la atención a la persona, la familia y la comunidad; en las consultas de seguimiento a la gestante, no se observa que se le capacite y empodere a la mujer sobre su cuerpo, sexualidad y capacidad de elección; en tanto se le persuade en lo que le es “lícito sentir, pensar y hacer” en términos culturales y morales.</p>

Es clara la diferencia en la participación de la mujer que elige un acompañamiento diferencial durante el embarazo, a quien lo recibe a través de la institucionalidad; siendo en ésta última instigada e inducida por el personal de salud restringiendo en múltiples casos su autonomía y capacidad de decisión sobre su cuerpo y la aceptación o no de los procedimientos y/o consultas.

*En cuanto a la autonomía:*

Colaboradora	Referentes consultados
<p>“Pues al momento ya que rompí membranas, nosotros ya teníamos preparado como un parto con un ginecobstetra, Juan iba a estar adentro y todo, pero cuando reventé membranas, estaba meconiada la niña; (...) y te van a hacer cesárea y todo. Yo dije a bueno, como ellos decidan nacer, ahh listo como ella decida nacer. Pero cuando llegué a la clínica, el doctor me dijo: no, no; es meconio grado 1- 2; es decir que tú puedes hacer todo el trabajo de parto y entonces yo lo hice sola allá adentro; pero</p>	<p>La cuestión por la autonomía durante el embarazo y parto es un asunto relativo, en el que intervienen múltiples factores y personas, menos la mujer parturienta; en tanto el consentimiento informado muchas veces es dado por la pareja o cuando son mujeres menores de edad son sus padres quienes autorizan o no los procedimientos a realizar, bien sea la aplicación de oxitocina “pitocín” para acelerar las</p>

<p>todas encima de mi pues que no iba a aguantar, que no iba a aguantar, que estaba loca que me pusiera la epidural que me pusiera la oxitocina, yo les decía no, no, no. Claro que, cuando estaba ya por allá entre el 8 y el 9 que es el momento donde uno no puede pedirla y que es momento muy duro, grité y la pedí y, pero ya cuando vinieron a hacerme el tacto ya estaba en 10, entonces me dijo el doctor: ya estás en 10 ya vamos para la sala de cirugía. Entonces pude parir sin nada como queríamos; (...) pero tuve un parto consciente que es bonito. La niña nació despierta, no nació dormida por ningún efecto de anestésicos, y fue pues muy bonito.”</p>	<p>contracciones, episiotomía<sup>12</sup>, anestesia -epidural-, el uso de fórceps y en otros casos las cesáreas; sin informar a la mujer y su familia sobre los efectos secundarios que pueden tener en sus hijos (daño cerebral, hipoxia, sufrimiento fetal entre otros); lo cual influye de manera significativa, en la percepción de su cuerpo y sexualidad posterior producto de las cicatrices e infecciones .</p>
--	---

El ejercicio de la autonomía durante el embarazo y parto atraviesa múltiples procesos de conocimiento de sí misma (ciclos, ritmos, procesos y derechos), que le permite a la mujer construirse como sujeta de derechos a todo nivel sean éstos sexuales, reproductivos, laborales y educativos, no en igualdad de condiciones frente al masculino, sino en condiciones de equidad.

*En cuanto al trato recibido de parte del personal*

<b>Colaboradora</b>	<b>Referentes consultados</b>
<p>a. “Fue muy importante que ella (Doula) fuera el día después de parir, yo valoro mucho eso, que me hizo el masaje, pues para sacar todos los fluidos como debe ser, no como lo hacen en las clínicas que es horrible”.</p> <p>b. (...cuando hacen el procedimiento de corte de perineo). “Sí. Yo también pedí que eso no me lo hicieran” (...).</p>	<p>a. En la atención tanto alternativa como institucional se realizan masajes uterinos tras el nacimiento, con el fin de que la mujer expulse lo que se conoce como “loquios” (secreción vaginal normal, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario); que en muchas ocasiones puede provocar daños en el cuerpo</p>

<sup>12</sup> Corte quirúrgico en la zona del perineo femenino, cuyo propósito es el de ampliar el canal pélvico y acelerar la salida del feto

<p>“sí, me lo respetaron”</p> <p>c. “Pero este señor muy déspota, de hecho, me dijo usted no es de las locas que va por allá entonces respire bien - mientras estaba pariendo- usted es de las locas que va por allá entonces respire bien. Usted que son locas que se ponen a sufrir sabiendo que con la epidural no sufren nada (...)”.</p> <p>d. “Entonces ellos le dicen a uno como haciendo popó, por eso hay mujeres que se poposean. Porque es que yo digo. A caso el niño va a nacer por el culo, y me perdonan la expresión, pero es más fácil si a uno le dijeran como haciendo chichí. Porque” (...)</p> <p>“claro, porque es por eso que las mujeres se rompen y el primer pujo que yo hice, claro, en medio del dolor y el desespero de que ya saliera como haciendo popó, yo hice la fuerza mal, y me alcancé a desgarrar un punto”</p> <p>e. “Si te doy un empujón sale en el próximo pujo entonces yo le dije, hágale. Pero porque me explicó cómo me lo iba a hacer, porque hay otra cosa que se paran encima y eso es todo violento”</p> <p>f. “siento una cosa horrible, o sea, yo siento un chuzón horrible y yo grité ahhh qué están haciendo; y él me estaba cosiendo y me dijo -cosiéndola- como usted a usted no le gusta que le ponga nada, la estoy cosiendo; entonces yo le dije, pero usted es bobo, usted está loco, usted. O sea, es que parí; póngame anestesia”</p>	<p>de la mujer dadas la vulnerabilidad de la mujer tras el alumbramiento y una mala praxis de parte del personal de enfermería.</p> <p>b. Se puede constatar la realización de procedimientos como la Episiotomía sin “autorización” de la mujer.</p> <p>c. Se evidencia el trato despectivo hacia la mujer subestimando los conocimientos adquiridos durante la gestación y aquellos que hacen parte del saber ancestral femenino en relación con sus ciclos y tiempos.</p> <p>d. En cuanto a la forma de pujar, No hay claridad en la información e instrucciones que se le dan a la mujer durante el parto, lo cual resta su posibilidad de acción y hace evidente la ausencia de empatía de los profesionales que la atienden.</p> <p>e. En esta expresión la colaboradora hace referencia a la maniobra Kristeller<sup>13</sup>. Cabe resaltar que, en la mayoría de los partos, no se explica a la mujer el procedimiento ni sus alcances, riesgos y efectos secundarios.</p> <p>f. Una vez más, se comprueba la no anticipación del médico para el procedimiento a realizar, lo cual genera angustia y malestar en la mujer.</p> <p>Resulta obvio la anulación de la mujer en la atención institucional del parto, visto en los procedimientos no solo</p>
---	---

<sup>13</sup> Maniobra Kristeller: la cual consiste en hacer presión en la parte superior del útero (esternón) coincidiendo con la contracción y el empuje de la madre para favorecer la salida del feto por el canal vaginal.

	<p>descritos en la revisión bibliográfica, sino también en el análisis de caso; los cuales lejos de agilizar el proceso de parto, comportan riesgos tanto para la mujer y su hijo, por lo que son considerados obsoletos y no se recomienda su uso.</p>
--	---

### Conclusiones y consideraciones finales:

La puja de este artículo es entonces, una apuesta al proceso de visibilización y resignificación de la violencia obstétrica, poniendo en evidencia las estructuras de poder palpables y simbólicas, intervinientes en la violación a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en el proceso de atención institucional al embarazo y parto. No se trata de una violencia fortuita, sino que tiene una directa relación con las dinámicas del conflicto hacia la mujer, pues toda forma de violencia hacia ésta emite un mensaje político, un mensaje de poder que influye de manera negativa en la subjetividad de la quien la vive y en la sociedad en un proceso de aculturación de un saber totalmente femenino.

Esta aproximación teórica, apoyada en la experiencia institucional de quien decide un parto humanizado, amplía la comprensión acerca del concepto de violencia obstétrica, pretendiendo dar a luz algunas de las razones que explican la medicalización del parto, parto humanizados y otros hechos imposibles de abarcar totalmente en este texto, como una forma de violencia de género; toda vez que un parto humanizado influye en la mujer. Contribuye en su percepción de confianza en sí misma y en el otro, en la vivencia de su maternidad. Influye además en cómo se siente física y emocionalmente tras el mismo, en su vida reproductiva posterior, en su decisión de ampliar o no su familia en el futuro y en cómo se enfrenta al cuidado de su bebé, por lo que es importante no solamente sobrevivir al parto sino hacerlo de manera sana, feliz y satisfactoria



Finalmente, permite comprender que al hablar de un parto humanizado/respetado hace referencia específica a la decisión conjunta de la mujer y los profesionales de la salud, sobre la manera en cómo será atendida y los procedimientos a realizarse cuando las condiciones actuales lo permitan; en donde además de persuadir sobre una intervención o no, se le explique y anticipe los riesgos y efectos secundarios a los que se ve enfrentada, de modo que pueda tomar una decisión consciente y clara en garantía de sus derechos.

### Referencias bibliográficas

1. Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 93-111.
2. Blel Scaff, N. (2017). *Senado de la República*, recuperado de <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
2. Butler, J. (1999). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona, España.
3. Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana.*, 43-68.
4. Díaz Gómez, Á. (2012). Subjetividad política y psicologías sociales críticas en latinoamérica, ideas a dos voces (entrevista con el psicólogo cubano Dr. Fernando González Rey). *Universitas Psychologica.*, 325-338.

5. Díaz Gómez, Á. (2014). Aportes para pensar sobre la subjetividad femenina. *Pedagogía y saberes*, 87-96.
6. González Rey, F.L. (2008) Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista diversitas- perspectivas en psicología*, (4), 225-243, recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n2/v4n2a02.pdf>
7. González Rey, F. L. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: Un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9, 241-253, recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64712156019.pdf>
8. González Rey, F.L. (2013) La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista CS*, 11, 19-42, recuperado de [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/1565](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1565)
9. Gutiérrez de Pineda, V. (1998). Cambio social, familia patriarcal y emancipación femenina en Colombia. *Revista de trabajo social*, 1, 39-50, recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32248/32281>
10. Minsalud, (2016). *Ministerio de Salud y Protección Social*, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
10. OMS, (2014). *El Parto es Nuestro*, recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/10/03/la-oms-se-pronuncia-sobre-la-violencia-que-sufren-las-mujeres-en-los-paritorios-del-mundo>
11. Piedrahita Echandía, C., Gómez Díaz, A., Vomnaro, P., (2012) La subjetividad y su significación para el estudio de los procesos políticos: sujeto, sociedad y política. En F. L.

González Rey. (Ed.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 11-29). Bogotá, Cundinamarca: Editor Responsable: Emir Sader - Secretario Ejecutivo de CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20130218032232/Subjetividadespoliticas.pdf>

12. Urrea Mora, F. (2015). Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género. *Revista Colombiana de Bioética*, 9(3), 193-236, recuperado de <https://doi.org/10.18270/rcb.v9i3.747>
13. Vallana Sala, V. V. (2016). *Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana*, recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19135/VallanaSalaVivianaValeria2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>