

# Sistematización de experiencias de un equipo de encuestadoras durante una prueba piloto en parto humanizado

## Systematization of experiences of a team of interviewers during a test pilot in humanized childbirth

Cristina M. Mejía M<sup>1</sup> ; Laura Cano B<sup>2</sup> ; Leidy J. Morales G<sup>2</sup> ; Ligia Cantillo<sup>3\*</sup>;  
Elba M. Bermúdez Q<sup>4</sup> 

\*elba.bermudez@javerianacali.edu.co

**Forma de citar:** Mejía C, Morales LJ, Cantillo L, Bermudez EM. Sistematización de experiencias de un equipo de encuestadoras durante una prueba piloto en parto humanizado. Salud UIS. 2022; 54: e22032. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22032>



### Resumen

**Introducción:** esta sistematización recoge las riquezas de notas de campo escritas por siete encuestadoras de siete ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto), realizadas durante una prueba piloto, en donde se reconocieron sus dinámicas y aprendizajes. **Objetivo:** sistematizar las experiencias de los traslados hacia los terrenos de campo y de las experiencias del parto de mujeres entrevistadas, a través de las voces de las encuestadoras. **Método:** se plantearon tres fases para seguir la metodología de la sistematización de experiencias: fase de reconstrucción, fase de la interpretación y fase de la potenciación de la experiencia. **Resultados:** se evidenciaron tres categorías de análisis: el trayecto y el entorno, las convergencias en la maternidad y la experiencia del parto. **Conclusiones:** las notas de campo de las encuestadoras se convirtieron en fuente primordial de informaciones no homogéneas y muy diversas. Se hizo imprescindible analizar sus experiencias durante sus traslados a los terrenos de campo y, de esta forma, aplicar un enfoque intersectorial para entender e interpretar lo que ellas escucharon de parte de las madres encuestadas, por ejemplo: circunstancias cálidas y respetuosas a la hora de recibir la atención clínica del parto, así como situaciones de maltrato en la asistencia obstétrica, donde han sido culturalmente jerarquizadas por la medicalización del parto, lo que constituye una posición de subordinación hacia la paciente.

**Palabras clave:** Parto humanizado; Servicios de salud; sistematización de experiencias; Aprendizaje; Cultura médica.

<sup>1</sup>Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

<sup>2</sup>Universidad Católica de Manizales, Colombia

<sup>3</sup>Universidad del Atlántico. Barranquilla, Colombia

<sup>4</sup>Universidad Javeriana Cali, Colombia

## Abstract

**Introduction:** This systematization gathers the richness of the field notes written by seven interviewers from seven cities in Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales and Pasto), carried out during a test pilot, where their dynamics and learning were recognized. **Objective:** To systematize experiences of itineraries to the territories, as well as childbirth from the voices of the interviewers. **Method:** The methodological process presented three phases designed to follow the methodology of systematization of experiences. Reconstruction phase; interpretation phase and experience empowerment phase. **Results:** Three categories of analysis were evidenced: the journey and the environment, the convergences in motherhood and the experience of childbirth. **Conclusions:** The field notes of the pollsters became a primary source of inhomogeneous and highly diverse information. It became essential to analyze their experiences during their transfers to the fields and thus apply an intersectoral approach to understand and interpret what they heard from the surveyed mothers: warm and respectful circumstances when receiving clinical care of childbirth, as well as situations of abuse in obstetric care that are and have been culturally hierarchical by the medicalization of childbirth, constituting a subordinate position towards the patient.

**Keywords:** Humanized childbirth; Health services; Systematization of experiences; Learning; Medical culture

### Introducción

La siguiente experiencia de sistematización se deriva del proyecto de investigación “Prevalencia y factores asociados al parto humanizado en siete ciudades de Colombia, 2018”, financiado por la convocatoria pública 807 para proyectos de ciencia, tecnología e innovación en salud, del año 2018. Las universidades que participan en dicho proyecto son: Universidad El Bosque, Bogotá; Universidad de Antioquia, Medellín; Pontificia Universidad Javeriana, Cali; Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga; Universidad Católica de Manizales, y Universidad de Nariño, Pasto. El equipo de trabajo está conformado por mujeres, profesoras e investigadoras, pertenecientes a cada una de las universidades, y, junto a ellas, un grupo de mujeres encuestadoras en cada una de las ciudades, quienes fueron las responsables de la prueba piloto y de la aplicación de la encuesta, instrumento que indagó sobre los factores asociados a la experiencia del parto durante el 2018.

Durante la fase de la prueba piloto, necesaria tanto para validar la encuesta de recolección de información como para verificar las condiciones de acceso a las viviendas de las mujeres encuestadas, se diligenciaron apuntes y notas de campo por parte del equipo de encuestadoras en cada una de sus ciudades, para dar cuenta de sus experiencias y de los aspectos más impactantes durante sus trayectos de desplazamiento. El grupo de investigadoras, al leer y revisar estas observaciones, descubrió su riqueza, ya que describen detalles del contexto del trabajo de campo, así como un conjunto significativo de relatos de las propias mujeres encuestadas, que fueron transcritos e interpretados por cada una de las encuestadoras.

Al interior del proyecto de investigación, se tomó la decisión de organizar cada una de las notas de campo para luego sistematizar las experiencias, desde la perspectiva de las encuestadoras. De esta manera, se reconocieron dinámicas y aprendizajes generados durante la prueba piloto, pues se reafirmó la importancia de construir conocimiento a partir de las vivencias, bajo el horizonte de los escritos, notas y cuadernos de campo. Estos variados documentos no constituyeron en sí mismos un documento homogéneo, y lo más importante es que se escribieron con diversos estilos y profundidades, lo que representó al conjunto diverso de encuestadoras.

El rol jugado por las encuestadoras adquirió una gran relevancia, en tanto mostraron al equipo de investigadoras trayectos, itinerarios y realidades que rodearon la aplicación de las encuestas, y se convirtieron en los ojos y oídos del proyecto de investigación. Vale la pena aclarar que el desarrollo de la fase de la prueba piloto se realizó desde noviembre de 2019 hasta febrero de 2020, tiempo previo a la pandemia del COVID-19, y, por esto los relatos siempre estuvieron expresados bajo el contexto de la presencialidad y del desplazamiento a los territorios respectivos.

En virtud de lo descrito, sistematizar la experiencia de la prueba piloto permitió la reflexión crítica; de acuerdo con Jara<sup>1</sup> lo más característico y propio de la reflexión sistematizadora es penetrar en el interior de la dinámica de las experiencias, algo así como meterse “por dentro” y extraer de allí enseñanzas que puedan aportar al enriquecimiento de la práctica y de la teoría.

## Metodología

De acuerdo con Souza<sup>2</sup>, la sistematización es vista como “una actividad que permite construir y explicitar los saberes que han sido o están siendo producidos en una determinada experiencia por diferentes sujetos, mediante el análisis y valoración de acciones”. De acuerdo con lo anterior, la sistematización se desarrolló a partir de las experiencias vividas por las 7 encuestadoras, responsables de la aplicación de la encuesta, validada por más de 10 expertas/os nacionales e internacionales. Dicho instrumento constó de 93 preguntas sobre parto humanizado, y el tiempo promedio de aplicación fue de 45 minutos; en este lapso se produjeron comentarios y reflexiones en torno a aquellas preguntas que impactaron las emociones de las madres.

### Perfil sociodemográfico de las siete mujeres encuestadoras

Las mujeres encuestadoras contratadas para la realización de la prueba piloto y para el trabajo de campo fueron escogidas por su amplio transitar y experticia en planes, programas y proyectos de salud pública con enfoque de atención primaria y énfasis en prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Asimismo, conocían los escenarios de actuación que proveen las respectivas secretarías de salud municipales y/o departamentales. Además, se tuvo en cuenta que tuvieran experiencia en liderar y acompañar proyectos comunitarios desarrollados a nivel de sus territorios y que contaran con conocimiento y amplio liderazgo de trabajo de campo dentro de los territorios y, por consiguiente, de las realidades del contexto donde viven.

Sus características sociodemográficas fueron las siguientes: edad promedio, 38,5 años. Cinco de ellas eran profesionales universitarias, de las cuales tres tenían nivel de postgrado; una de ellas era tecnóloga, y la última era bachiller para el momento de la prueba piloto. El lugar de residencia correspondió al área urbana de su ciudad de domicilio, y el nivel socioeconómico, en su gran mayoría, se situó en los estratos 2, 3 y 4. En cuanto a la experiencia de maternidad, cinco de ellas eran ya madres a la hora de realizar la prueba piloto, mientras que las otras dos no habían sido madres. La vivencia de la maternidad les permitió crear mayor empatía con las madres y construir una interlocución basada en el respeto y la confianza. La contribución que realizaron fue relevante; las notas de campo que plasmaron simbolizaron sucesos experimentados mediante la escucha y la observación directa del entorno; la descripción de la praxis enriqueció notablemente la

experiencia que develó no solo las voces de las madres, sino de las encuestadoras, para entender la impostergable necesidad de cambiar radicalmente las circunstancias en las cuales las mujeres dan a luz.

### Perfil sociodemográfico de las mujeres encuestadas

Los datos utilizados corresponden a mujeres de 16 a 42 años de edad al momento de la entrevista. En consideración a la escolaridad, esta osciló desde primaria completa hasta secundaria, y algunas de ellas tenían grado profesional. El lugar de residencia correspondió mayoritariamente al área urbana, y el nivel socioeconómico, en su gran mayoría, se situó en los estratos 1, 2, 3 y 4. En cuanto a la ocupación, se reportó en labores del hogar, independientes, empleadas y estudiantes.

El proceso metodológico presentó tres fases diseñadas para seguir la metodología de la sistematización de experiencias, planteadas por Acevedo<sup>3</sup>.

**Fase de la reconstrucción:** contiene los antecedentes y el contexto de la experiencia en sí misma, definidos desde el momento en que las encuestadoras salieron a desarrollar su trabajo de campo de la prueba piloto, hasta la finalización de la misma, por un lapso de 35 días.

**Fase de la interpretación:** contiene el análisis crítico del discurso para crear las dimensiones y las categorizaciones, a partir de los hitos que marcaron la experiencia de cada una de las 7 encuestadoras.

**Fase de la potenciación de la experiencia:** se entiende la comprensión de la experiencia como una acción transformadora y las enseñanzas derivadas de esta. De acuerdo con Jara<sup>2</sup>, esta fase corresponde a la reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó?

En la primera fase, se incluyó un momento previo al desarrollo del trabajo de campo, llamado “aprestamiento”, que fue realizado para cada una de las 7 investigadoras, bajo la responsabilidad de cada universidad participante. Las actividades metodológicas que se incluyeron fueron las siguientes:

- Revisión documental del proyecto de investigación original y cualificación en el lenguaje técnico propio del área disciplinar, o sea en el lenguaje médico.
- Revisión del consentimiento informado e importancia de mantener confidencialidad de los datos, solo con fines investigativos.

- Revisión del protocolo para la visita domiciliaria presencial: momento del saludo con la respectiva presentación individual, propósito de la visita, tiempo estimado de la encuesta y explicación del consentimiento informado.
- Revisión exhaustiva de cada una de las preguntas y posibles respuestas de la encuesta, para asegurar el entendimiento de la secuencia lógica de las mismas y la calidad de los datos.
- Para realizar la prueba piloto, a cada una de las encuestadoras le correspondió encuestar a 40 madres que hubieran dado a luz en el año 2018. Los datos de las madres fueron extraídos de las bases de datos de cada una de las secretarías de salud de las 7 ciudades implicadas en el estudio, previa autorización de parte de los responsables del manejo y resguardo de las bases de datos. Para ello, fue necesaria la presentación de cartas informativas y de las firmas del Comité de Ética de la Universidad de El Bosque, asegurando el resguardo y anonimato de las respuestas recibidas. Las madres fueron escogidas mediante un muestreo aleatorio orientado por las investigadoras expertas en epidemiología.
- Diseño de una matriz en Excel para llevar el control de las madres encuestadas.
- Cualificación en el tema de notas, cuadernos y diarios de campo; en este espacio se les explicó que escribieran todas las impresiones desde tres grandes momentos: experiencias que hubieran tenido durante su traslado a los territorios experiencias vividas durante el primer momento con las madres a encuestar y las impresiones o experiencias que revivieron las madres durante las respuestas a la encuesta. Así, se lograron reunir desde comentarios simples y escuetos, notas, impresiones e ideas sueltas, hasta reflexiones profundas y extensas.

A partir de ahí, el grupo de investigadoras recogió todas las anotaciones, notas y apuntes de campo, con el fin de analizar lo consignado<sup>4,5,6</sup>. Se generaron discusiones a partir de las siguientes preguntas orientadoras, que fueron, a su vez, las bases orientadoras de la sistematización:

¿Qué aspectos marcaron el desplazamiento y la llegada a los territorios de cada una de las encuestadoras?

¿Qué experiencias tuvieron las encuestadoras al conocer a las mujeres entrevistadas?

¿Qué les llamó la atención de las respuestas ofrecidas por las mujeres encuestadas?

A partir de estas preguntas, luego de leer y analizar las notas de campo y las anotaciones consignadas, se interpretaron e identificaron las dimensiones y las categorías que acompañarían los análisis de resultados y el resto del documento.

Durante la “interpretación”, se hizo necesario revelar las experiencias de las encuestadoras a través de sus escritos, donde reflexionaron sobre su salida en búsqueda de los domicilios de las maternas a quienes fueron a entrevistar, los primeros momentos al conocer a las entrevistadas, hasta aquellas impresiones que para ellas fueron impactantes, luego de escuchar los comentarios y relatos frente a las experiencias del parto.

Ya para ese entonces, la pandemia llegó al país y el grupo de profesoras investigadoras se organizó a través de diversos encuentros virtuales para realizar los análisis necesarios de cada uno de los documentos de las encuestadoras. Luego de varias lecturas, se llegó a un análisis crítico del discurso escrito, para identificar dos grandes dimensiones y tres categorías, como lo muestra la **Tabla 1**.

En la fase de “la potenciación de la experiencia”, y según Jara<sup>1</sup>, se recogieron las preguntas planteadas y, a partir de ahí, el grupo de investigadoras desarrolló las discusiones respectivas sobre las tres categorías propuestas: a) aprendizaje del contexto, el camino hacia los territorios, el encuentro con las madres y las vivencias cotidianas; b) las convergencias en la maternidad (las migrantes, las adolescentes y las primiañosas) y c) los momentos significativos de la experiencia del parto para las madres entrevistadas.

## Sistematización de experiencias de un equipo de encuestadoras durante una prueba piloto en parto humanizado

**Tabla 1.** Dimensiones y categorías identificadas en las notas de campo recogidas durante la prueba piloto (noviembre de 2019 – febrero de 2020), por parte de las encuestadoras

Dos dimensiones	Tres categorías	Experiencias que alimentan cada una de las categorías
Primera dimensión: experiencias propias de las 7 encuestadoras	Aprendizaje del contexto: el camino hacia los territorios, el encuentro con las madres y las vivencias cotidianas	
Segunda dimensión: experiencias propias de las madres en los servicios de ginecoobstetricia, consignadas en las notas de campo	Las convergencias en la maternidad: las migrantes, las adolescentes y las primiañosas Los momentos significativos de la experiencia del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revivir la experiencia del parto durante la aplicación del instrumento, por parte de las madres encuestadas</li> <li>- Los diagnósticos contradictorios</li> <li>- El valor del tiempo durante el parto</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

### Resultados

#### Aprendizaje sobre la utilidad y el beneficio de las notas y cuadernos de campo

Se resalta que tanto las notas como los cuadernos de campo constituyen por sí mismos un instrumento inspirador para el desarrollo de este artículo, el cual permitió tejer el análisis categorial y cualitativo sobre las prácticas de las encuestadoras para sistematizar el diálogo narrativo desde una habilidad en particular, propia de cada una de las encuestadoras, que describió las experiencias vividas en cada contexto, en cada situación, con cada mujer encuestada y con el valor de las experiencias de género y maternidad.

#### Aprendizajes del contexto: el camino hacia los territorios, el encuentro con las madres y las vivencias cotidianas

La investigación cualitativa, entre tantos aspectos, estudia fenómenos relacionados con el contexto, a partir de vivencias, observaciones e interpretaciones, y la complejidad que esto muestra de la interacción de la persona con su realidad. Para esta sistematización se utilizaron las anotaciones en diarios que llevaron las encuestadoras durante su experiencia en la prueba piloto. Se compilaron las observaciones del trayecto,

del entorno, de las vivencias recogidas y del diálogo directo con la entrevistada.

Las notas de campo fueron usadas como un instrumento que permitió producir un relato, a veces detallado y a veces superficial, acerca de los pensamientos y experiencias de las encuestadoras; además, se consideraron como fuente primaria de consulta. La sistematización es la actividad que produce conocimientos, desde y para la práctica, y que la entiende como fuente de conocimiento<sup>7</sup>.

Según Lackey<sup>8</sup>, el testimonio puede considerarse una fuente de conocimiento. Tanto las voces de las encuestadoras como las de las entrevistadas son de gran valor, ya que se consideran una memoria social. Se presentan algunos relatos significativos que describen experiencias vividas durante los trayectos y el primer contacto con la entrevistada, lo que permite vislumbrar entornos altamente inseguros debido a las situaciones de orden social. El estudio de Leifheit *et al.*<sup>9</sup> señala que las investigaciones han explorado la asociación que existe entre “inseguridad de la vivienda de la materna” y “la salud de los niños después del nacimiento”, condiciones que influyen en el desarrollo social, físico y mental de los infantes, a su vez, que permea el cuidado materno. Lo anterior, se evidencia en el siguiente apartado: “[...] Se tomó un solo bus, este lugar tiene fronteras invisibles, queda en la comuna 7, estrato 2, persona

con condiciones precarias, humilde, la casa humilde y quedó embarazada muy joven...”.

Respecto a la metodología de encuentro con las mujeres entrevistadas, cabe anotar que no fue posible hacer la visita de forma presencial en todos los barrios, debido a la inseguridad que se presentaba en algunos sectores. Por esta razón, las encuestadoras concertaron citas previas, a raíz de lo cual se encontraron con situaciones que reflejaron una disposición positiva: “[...] En esta oportunidad encontré toda una familia muy dispuesta, casi todos estuvieron presentes en la entrevista, así como estuvieron con la participante durante el embarazo y parto...”.

En otras circunstancias, las condiciones para desarrollar las encuestas no fueron las más adecuadas: “[...] la entrevista se realizó en el salón de belleza donde estuvo siendo atendida...”. Esa situación se dio porque la madre pidió ser entrevistada de inmediato, ya que quería contar su historia de parto: “[...] la espero aquí, en la peluquería .... quiero contar mi experiencia... quiero hablar...”. La encuesta fue la excusa perfecta para que muchas de las madres hicieran catarsis, a través de una escucha atenta por otra mujer: en la medida en que se realizaban las preguntas, volvieron a tejer esos momentos que deben ser recordados por siempre.

### **Convergencias de las maternidades: mujeres migrantes, adolescentes y primiañosas**

Se describe cómo la experiencia del parto de algunas mujeres es atravesada por la discriminación que se superpone en razón de identidades, más allá del género. Para esta sistematización se cuenta la experiencia del parto de mujeres migrantes de origen venezolano, madres adolescentes y primiañosas, que simbolizan la diversidad de vulnerabilidades que se solapan, mediante un trato deshumanizador que las anula como sujetos de derecho.

Dichas convergencias se adentran al concepto de interseccionalidad (interacción entre el género, la raza y otras categorías en las prácticas sociales, institucionales y culturales), que parte del trabajo de Kimberlé Crenshaw<sup>10</sup>, quien en 1989 acuñó dicho concepto en términos de poder, y la escritora y activista feminista afroamericana bell hooks (1984)<sup>11</sup>, quien insistió en esta expresión para entender su carácter democratizador como herramienta que permite la generación de nuevos consensos socioculturales que sostengan sociedades más justas<sup>10</sup>. Entenderlo en relación con el parto devela situaciones de maltrato en virtud del género, que culturalmente determina una posición medicalizada de subordinación,

invisibilización y hasta discriminación hacia las mujeres al recibir la atención en salud.

Así, la experiencia de las madres adolescentes permite entender que la maternidad las impacta psicológicamente, mientras que ellas experimentan sentimientos de miedo y dolor<sup>12</sup>. De acuerdo con las encuestadoras, sus experiencias de parto fueron poco gratificantes: “[...] Usted está muy chiquita para ser mamá, por eso tiene que ser guapa y aguantar el dolor, eso es para que se opere... y me decía (cuenta la madre adolescente) no vaya a quedar otra vez embarazada y manéjese bien, no grite que al médico no le gusta...”.

Otros estudios afirman que la interseccionalidad acrecienta las brechas de inequidad e injusticia social, y la declaración de la OMS (2014)<sup>13</sup> describe cómo las adolescentes, las *múltiparas* o *primigestantes añosas* son más propensas a recibir maltratos físicos o verbales<sup>14</sup>. Las primiañosas son quienes posponen la maternidad para la cuarta década de la vida<sup>15</sup>, son altamente vulnerables a la crítica de los profesionales, en virtud de criterios biomédicos –hasta cierto punto objetivos–, pues las perciben como irresponsables por asumir un riesgo alto al quedar embarazadas “tardíamente”. Esta situación es reforzada por una cultura patriarcal que niega a las mujeres el derecho a posponer la maternidad en razón de experimentar la por fuera de la edad culturalmente aceptada. En una de las anotaciones se leyó: “La enfermera me regañó porque tenía 42 años y me embarqué y como yo le había dicho que era de bajos recursos, peor aún...”.

En el caso de las mujeres gestantes migrantes, en los últimos años se ha observado un incremento en la prestación de servicios prenatales, del parto y el puerperio. En el 2018, más de 3000 partos de venezolanas fueron atendidos en la red pública hospitalaria del país<sup>16</sup>.

Para esta sistematización, se leyeron anotaciones que describen actitudes de menosprecio por parte de algunos profesionales que las consideraron como una carga para el sistema de salud, sin tener en cuenta que los servicios de salud hacen recobros por la atención prestada. El siguiente testimonio evidencia una clara situación xenofóbica: “[...] Pero cómo se le ocurre quedar embarazada en la situación que se encuentra, recuerde en Colombia también hay muchas mujeres embarazadas y estamos dejando de atender a muchas de ellas para tenderlas a ustedes...”. Este testimonio coincide con investigaciones que describen cómo las migrantes enfrentan un sistema de salud discriminatorio y violento<sup>17,18</sup>.

### **Los momentos significativos de la experiencia del parto**

Se debe tener presente que las mujeres que han sido madres biológicas nunca olvidan las experiencias de parir, ya que ese momento congrega sentimientos diversos, intensos, profundos y hasta contradictorios: ilusión, miedo, ansiedad y alegría que se aúnan inevitablemente a la percepción del dolor, de una manera sensorial y subjetiva. Este conjunto de emociones se vive en las salas de trabajo de parto, apreciadas por las mujeres parturientas como espacios tensos que les generan aún más ansiedad y potencian su carga emocional. De esta manera, se crean experiencias positivas y negativas que se insertan en la emocionalidad de las mujeres.

### **Revivir la experiencia del parto durante la aplicación del instrumento, por parte de las madres encuestadas**

La teoría de los síntomas desagradables<sup>19</sup> es un aporte que fue diseñado para analizar e integrar el conocimiento sobre diferentes síntomas que pueden darse de forma simultánea porque tienen particularidades claras en distintas poblaciones y variadas situaciones. Respecto al parto<sup>20</sup>, se considera que tanto el dolor como la fatiga derivada del trabajo de parto influyen en la percepción y en la recuperación del momento del postparto de la madre. En otras investigaciones<sup>21</sup>, la percepción que tienen las mujeres parturientas sobre el dolor y el miedo se atribuye a varias causas: la actitud inadecuada del personal de la salud, vivir la experiencia en un contexto hospitalario, la soledad y la consecuente falta de apoyo emocional que, en conjunto, pueden predisponer a presentar una tolerancia más baja al dolor. En una de las anotaciones se lee: “Dicen que han recibido pésimas atenciones por parte de ciertas enfermeras. Lo que más agrava su experiencia durante el parto es que, muchas de las madres encuestadas, refieren haber recibido expresiones fuertes y peyorativas del tipo: ‘te tienes que aguantar’; ‘tu si molestas...’”.

No obstante, muchas de las mujeres entrevistadas refirieron experiencias altamente positivas, cargadas de agradecimiento y fuerte reconocimiento al equipo de salud que las atendió: “El embarazo (de la madre encuestada) fue de alto riesgo porque tuvo hipotiroidismo, hipertensión y diabetes, pero ella dijo que siempre fue atendida oportuna y adecuadamente. Para ella este embarazo era su última oportunidad de ser madre y el personal de salud lo sabía y fue muy considerado. La atención en los controles y en la clínica fue siempre excelente”.

Para finalizar, una de las encuestadoras, indica que: “Solo en la última semana se complicó ya que le dio preeclampsia razón por la cual la remitieron al hospital con indicación de cesárea. La ingresaron y casi inmediatamente la pasaron a cirugía. Refirió que se sintió bien atendida y valora la actitud del anestesiólogo ya que siempre mostró interés porque estuviera bien”.

### **Los diagnósticos contradictorios**

El parto constituye un acontecimiento paradójico en la vida de la mujer, precisamente por ser la culminación del embarazo humano y el inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal<sup>22</sup>. Los cambios culturales y sociales influyen en la educación médica y demuestran una pérdida de protagonismo del equipo médico y del control sobre las mujeres. Su relación y acción deberían dar muestras concretas de prácticas respetuosas y seguras<sup>23</sup>. La evidencia clínica en ginecología obstetricia involucra como eje fundamental a la madre y su familia, y por tanto los eventos adversos asociados a la atención de la gestante están estrechamente ligados a las atenciones mecanizadas y a la ausencia de humanización que generan incertidumbre, angustia y estrés, y, por consiguiente, múltiples complicaciones.

El sistema de salud colombiano promueve una atención prioritaria de la gestación, parto y puerperio, orientada bajo los principios de calidad, normada por guías de práctica clínica y rutas orientadoras de cada una de las intervenciones<sup>24</sup>. A través de esta sistematización, las investigadoras analizaron la atención al parto desde aspectos bioéticos y de humanización<sup>25</sup>. La mayoría de las madres manifestaron incertidumbre, angustia y preocupación, puesto que en varias ocasiones el manejo médico cambiaba, lo que generaba ansiedad y temor; por estas razones, muchas acudían a un servicio médico particular con la idea de encontrar seguridad y tranquilidad en el manejo de su embarazo. Una de las anotaciones más relevantes dice: “[...] pone (la madre encuestada) el ejemplo del anestesiólogo, que en su primer parto (2018) la puncionaron una sola vez y en el segundo parto, (2019) la puncionaron 18 veces porque era un practicante, generando temor y ansiedad...”. A los pocos días la bebé es hospitalizada por una alergia, por lo que es ingresada en incubadora y al momento de alimentar a la menor, la madre pide ayuda para sacarla y poder darle leche materna a lo que el personal a cargo responde: “[...] dele por ahí, por los huecos de la incubadora...”.

## El valor del tiempo durante el parto

Esta categoría describe un escenario de malestar por parte de las mujeres entrevistadas, ya que experimentaron largos momentos de espera. En los escritos de las encuestadoras, se lee que las madres no recibieron previas explicaciones por parte del personal de salud, y, al ser cuestionado, este respondió de forma tajante y con un lenguaje técnico, que ellas dijeron no comprender. El hecho es que no recibieron respuestas a sus inquietudes: “[...] Nunca pude entender porque tuve que esperar más de 6 horas sentada en una silla...”. Otro factor de malestar durante los momentos de espera previos al parto se tradujo en los ayunos prolongados, ya que no se les permitió ingerir ningún tipo de alimentos o bebidas, más en una espera que puede tardar horas e incluso días, y, particularmente, las maternas no recibieron ninguna explicación al respecto: “[...] Todo el día sin comida solo pasándole suero endovenoso y a la espera de la cesárea...”.

Además de la evidente falta de orientación y comunicación con la mujer parturienta, se suman actitudes inhumanas, como lo corroboran las siguientes notas: “[...] El lugar parecía un zoológico y no un hospital, tratan a las personas como animales. Las auxiliares principalmente les decían que les tocaba aguantarse y las ignoraban, no les prestaban ayuda y como llegó de madrugada (la mujer encuestada) le tocó esperar hasta la tarde que la pasaron a cirugía”.

Como puede leerse al final del fragmento anterior, las tardanzas se presentaban igual que los malos tratos. Además, los procedimientos realizados, como la toma de presión, monitoreo, tactos vaginales y aplicación de medicamentos nunca fueron consultados con la aprobación de las madres parturientas, según los apuntes que consignaban las narrativas de parte de las madres a las encuestadoras; se leyó: “[...] procedimientos en su mayoría no informados ni consentidos”.

Es de resaltar que los tiempos del parto tardan por el proceso natural que este suceso implica, y por eso mismo se identifica que se generan malestares y tensiones emocionales identificados por la falta de información a la madre, lo que resultó en momentos de angustia, miedo, dolor y desolación. Lo expuesto concuerda con el artículo “Importancia y beneficios del parto humanizado”, el cual describe cómo el parto de cada mujer es único, incluso de un embarazo a otro. A veces, el trabajo de parto termina en cuestión de horas. En otros casos, el trabajo de parto pone a prueba la resistencia física y emocional de la madre.

## Conclusiones

Este apartado contempla enseñanzas dadas por los aprendizajes que se desprenden de las experiencias referidas por el grupo de encuestadoras y de las madres. Esta sistematización permitió recoger experiencias tanto de las encuestadoras como de las madres encuestadas.

- El primer gran aprendizaje fue haber analizado el discurso, las palabras y expresiones escritas en las notas y cuadernos de campo. El análisis de estas anotaciones develó las siguientes conclusiones: existe gran variedad de escritos y de estilos entre las encuestadoras, lo que representó en sí mismo un conjunto de documentos no homogéneos; estas notas se convirtieron en los ojos y en los oídos del grupo de investigadoras y fue a través de ellas que se pudo confirmar la dificultad para acceder a los territorios, así como conocer apreciaciones y experiencias de las madres durante sus partos.
- Fue significativo evidenciar y valorar las implicaciones del trabajo de campo que realizan las encuestadoras, a pesar de los complejos territorios en Colombia.
- Se leyeron anotaciones referentes a aquellas madres que valoraron las experiencias de parto como altamente positivas, gracias al buen trato recibido, al apoyo brindado por el personal de salud y a la atención oportuna en los procedimientos realizados, lo que las llevó a sentirse valoradas y acompañadas.
- Otros apuntes escritos por las encuestadoras advirtieron experiencias desafortunadas para las mujeres, originadas por el personal de salud, dada la falta de empatía y calidez y la reiterada negativa a dar información clara y oportuna ante inexplicables esperas prolongadas.
- Es imprescindible educar a las mujeres gestantes en la reivindicación de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y formar al personal de la salud bajo un enfoque interseccional para entender y prevenir situaciones de maltrato e invisibilización de las necesidades de las mujeres parturientas.

## Agradecimientos

A Ligia Cantillo, quien nos enseñó constantemente el valor del cariño y del trabajo ético y a las encuestadoras participantes de las 7 ciudades (Bogotá, Medellín, Cali,



Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto) y a todas las madres que respondieron las encuestas, cuyos comentarios alimentaron esta sistematización.

Finalmente, se agradece la financiación al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, ya que esta investigación fue realizada en el marco del proyecto “Prevalencia y factores asociados al parto humanizado en siete ciudades de Colombia 2018”, con el código 130880763149, a través del Contrato No. 704 de 2018 de la Convocatoria para proyectos de ciencia, tecnología e innovación en salud 2018.

### Consideraciones éticas

La presente sistematización derivada del proceso de investigación se rige por los principios del Informe Belmont (1974) y la Declaración de Helsinki (1964), y se acoge a los lineamientos de la Resolución 008430 del Ministerio de salud y Protección Social (1993); fue clasificada con riesgo mínimo. Las madres firmaron consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de la información.

### Conflicto de interés

Las autoras declaran que no hay conflicto de interés en la presente investigación.

### Referencias

1. Jara-Holliday O. Sistematización de experiencias: un concepto en construcción. En: Cerquera-Bernal AL. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Javegraf; 2018. p. 51-73.
2. De Souza JF. Sistematización: un instrumento pedagógico en los proyectos de Desarrollo Sustentable. CREFAL [Internet]. 2000. Disponible en: [http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0713/6\\_SOU\\_SIS.pdf](http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0713/6_SOU_SIS.pdf)
3. Aguirre MA. Sistematización de experiencias. Bogotá Rev Int Magisterio, junio-julio. 2008; No. 33:8. [https://cepalforja.org/sistem/documentos/revista\\_magisterio\\_33.pdf](https://cepalforja.org/sistem/documentos/revista_magisterio_33.pdf)
4. Instituto de Desarrollo Económico y Social. De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición de nagual en los registros chiapanecos de Esther Hermitte. Alteridades [Internet]. 2001; 11(21): 65-79. Disponible en: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/396>
5. Otteneberg S. Thirty Years of fieldnotes: Changing relationships to the text. En: R. Sanjek. Fieldnotes: The Makings of anthropology. New York: Cornell University Press; 1990. p. 139-160.
6. Jackson JE. I am a Fieldnote: Fieldnotes as a symbol of professional identity. En: R. Sanjek. Fieldnotes: The Makings of anthropology. New York: Cornell University Press; 1990. p. 3-33.
7. Barnechea MM, González E, Morgan MDLL. La sistematización como producción de conocimientos. La Piragua. 1994; 2(3): 1-10.
8. Uribe-García JA. El testimonio de las víctimas como recurso pedagógico. Aportaciones para el posconflicto colombiano. Prax Saber. 2018; 9(20): 97-118. doi: <https://doi.org/10.19053/22160159.v9.n20.2018.8297>
9. Leifheit KM, Schwartz GL, Pollack CE, Edin KJ, Black MM, Jennings JM, et al. Severe housing insecurity during pregnancy: association with adverse birth and infant outcomes. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(22): 1-12. doi: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17228659>
10. Adewumni B. Kimberlé Crenshaw on intersectionality: “I wanted to come up with an everyday metaphor that anyone could use”. The New Statesman. 2014. Disponible en: <http://www.newstatesman.com/lifestyle/2014/04/kimberle-crenshaw-intersectionality-i-wanted-come-everyday-metaphor-anyone-could>
11. Cole BA. Gender, Narratives and intersectionality: Can personal experience approaches to research contribute to “undoing gender”? Int Rev Educ. 2009; 55: 561-578. doi: <https://doi.org/10.1007/s11159-009-9140-5>
12. Almendra LG. Percepción de las adolescentes sobre la atención humanizada durante el trabajo de parto. Tesis de grado de Licenciada en Enfermería. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/15592>
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf).
14. Orozco-Galván AI, Rocha-Sánchez TE. Violencia Obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema. 2017. Disponible en: [https://www.uaeh.edu.mx/xiii\\_congreso\\_empoderamiento\\_fem/documentos/pdf/C004.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf)
15. Obregón-Yáñez LE. Primigesta de edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3): 152-166.
16. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de

- gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2019; 51(3): 208-219. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
17. Cruz-Cañón LN. El doloroso parto de las venezolanas en Colombia. [Internet]. Bogotá -Colombia; 2019. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/el-doloroso-parto-de-las-venezolanas-en-colombia/>
  18. Baeza F, Cilveti C, Fernández MI, Purcell V, Vásquez C, Riquelme-Hernández G. Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile. *Matronas Prof.* 2020; 20(4): 13-19.
  19. Laguado-Jaimes E, Gómez-Díaz MP. Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía. *Enferm Glob.* 2014; 13(3): 326-337.
  20. Giraldo-Montoya DI, González-Mazuelo EM, Henao-López CP. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av Enfermería.* 2016; 33(2): 271-281. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
  21. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 2013(8). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
  22. Borges-Damas L, Sánchez-Machado R, Domínguez-Hernández R, Sixto-Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev Cuba Obs Ginecol* [Intenet]. 2018; 44(3): 1-12.
  23. Morrone B. Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan [Internet]. 2001. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57173>
  24. Gobierno Colombiano, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atención- RIA. Gobierno Colombiano, Ministerio de Salud y Protección Social;2015. p. 1-60. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-operativa-valoracion-calidad-humanizacion.pdf>
  25. Gobierno Colombiano, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen la directrices para su operación. 2018 p. 1-347. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
  26. Macias-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza Soledispa GL, Quishpe-Molina MDC, Triviño-Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom Ciencias.* 2018; 4(3): 392-415.