

Aprendiendo sobre la formación de coaliciones y políticas públicas: El caso del trámite de la Ley de Parto Humanizado de 2017 en Colombia

Carlos Julián Yaya Quezada

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

RESUMEN

Introducción: Este estudio describe, desde una perspectiva de análisis de política pública, el trámite legislativo del Proyecto de Ley número 063 de 2017 o Ley de Parto Humanizado, llevado a cabo en el Congreso colombiano, identificando a los actores involucrados en su formulación, así como los intereses expresados en estos documentos. Este proyecto buscaba garantizar los derechos de las madres y de los recién nacidos durante el parto para reducir las cifras de mortalidad materna. *Métodos:* Según un enfoque cualitativo documental, se recolectaron los informes de ponencia relacionados a la ley publicados en medios oficiales, así como comunicados de prensa y redes sociales. Además, se llevaron a cabo entrevistas para caracterizar la perspectiva de un movimiento social crucial para la formulación del proyecto. La información recolectada fue sintetizada, categorizada y analizada según categorías puntuales inspiradas por el modelo teórico del Marco de Coaliciones de Abogacía y la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux. *Desarrollo:* Se identificó un subsistema compuesto por actores, creencias y antecedentes históricos que promovieron una forma en particular de desarrollar una política pública. Se encontró que un evento externo al subsistema inspiró a la adhesión de un movimiento garante de los derechos sexuales y reproductivos que formó una alianza con los legisladores. Esta colaboración se vio reflejada en la redacción de un documento que promovía una atención del parto basado en el enfoque diferencial y la protección de las prácticas tradicionales. *Discusión:* Aunque no se pudo aplicar el marco teórico en su totalidad porque el proyecto estudiado no fue aprobado y aplicado, se concluyó que la formación de coaliciones incluso respaldadas por un estado del arte riguroso no es suficiente para completar el proceso de una política pública, se necesita que la colaboración entre legisladores y activistas se mantenga por un periodo de tiempo mayor, y que exista voluntad política hacia al proyecto por parte de las autoridades nacionales. Finalmente, se destaca la relevancia de eventos externos para impulsar la formulación de políticas y facilitar la formación de acuerdos dentro de la coalición.

Palabras clave: política pública, parto humanizado, violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos, enfoque diferencial, coaliciones.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se estudia, desde una perspectiva cualitativa y documental, el proceso de formulación y diseño de una política pública en la atención del parto: el Proyecto de Ley

número 063 de 2017 o *Ley de Parto Humanizado*, discutida en el Congreso de la República de Colombia entre 2017 y 2019. Esta iniciativa quería garantizar que las mujeres fueran respetadas y tuvieran capacidad de decisión durante el trabajo de parto, parto y posparto (Rojas, 2017). A pesar que este proyecto haya sido archivado, su producción documental es interesante pues evidencia una colaboración entre congresistas y grupos civiles que tuvo el potencial de transformar las creencias y prácticas alrededor del modelo de atención del parto en el país (Cristancho et al., 2018).

La noción de *parto humanizado*, tratada en el proyecto a estudiar, se empezó a elaborar progresivamente desde 1985; cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a la construcción de un modelo de atención del parto caracterizado por tener en cuenta los factores sociales y psicológicos de la madre, y promover su participación en la planeación y evaluación de su atención (Organización Mundial de la Salud, 1985). Estas iniciativas respondían a la discusión alrededor de cómo el proceso del parto se había convertido en un proceso estrictamente vigilado e intervenido mediante tecnologías médicas, tales como la inducción del parto, la episiotomía y la cesárea (David-Floyd, 1994).

Esta subordinación a la experticia médica, lleva a las mujeres a perder considerablemente su autonomía y la capacidad de decidir sobre sus cuerpos pues se anula su experiencia individual en virtud de los discursos biomédicos. Esto puede devenir en tratos irrespetuosos y ofensivos durante el parto por parte de los profesionales y las instituciones de salud, que pueden clasificarse en la categoría de *violencia obstétrica* (Scaff, 2017). En esta última se incluyen, entre otras conductas: la agresión verbal y discriminatoria dirigida a la gestante, y la realización de procedimientos invasivos cuando no son indicados o consentidos (Vallana, 2019: 135; Cáceres-Manrique y Nieves-Cuervo, 2017).

En el contexto legislativo de América Latina, particularmente en Venezuela, México, Brasil y Uruguay, se aprobaron leyes que reconocen la violencia de género en el ámbito de la atención del parto (Díaz García y Fernández, 2018). Aunque el Congreso colombiano no ha aprobado ninguna ley para prevenir la *violencia obstétrica* o reglamentar una atención humanizada del parto, sí existe normatividad que invita a la protección del proceso de gestación, parto y puerperio como la Política Nacional para la Humanización de los Servicios en Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (MinSalud, Resolución 3280/2018).

Por lo anterior, es importante aclarar que la motivación de realizar una *Ley de Parto Humanizado* en Colombia no surgió en 2017. Otros proyectos de ley presentados en el Congreso durante la década previa a la presentación de la propuesta aquí estudiada

empezaron a sugerir diferentes catálogos de derechos para salvaguardar la maternidad y responder a sus necesidades (Wilches et al., 2013). Mientras, diversos grupos de mujeres, organizaciones profesionales e investigadores académicos, en el marco nacional e internacional, ya realizaban esfuerzos para promover una asistencia humanizada del parto (Arnau Sánchez et al., 2012; Belli, 2013; Williams et al., 2018: 1208).

Cuando el Proyecto de Ley número 063 de 2017 de la Cámara de Representantes fue presentado a la opinión pública, algunos trabajos académicos lo destacaron como un hito en la normatividad colombiana para promover un *parto humanizado*, sin hacer mayor énfasis en los actores involucrados en la formulación de la ley (Martínez y Riaño, 2019: 33-39; Quintana y Ávila, 2019: 12-23). Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este artículo es reconstruir el proceso de formulación de esta política pública, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Cuáles fueron los hechos determinantes para la redacción de los manuscritos relacionados a la *Ley de Parto Humanizado*? ¿Quiénes fueron los grupos sociales y políticos comprometidos en el trámite legislativo del proyecto de ley y cómo sus intereses y enfoques se vieron reflejados en las diferentes versiones del proyecto?

Los documentos estudiados fueron interpretados de acuerdo con el Marco de las Coaliciones de Abogacía (MCA a partir de ahora), una herramienta para el análisis de las políticas públicas propuesta por Paul Sabatier y Hank Jenkins-Smith (Okeke et al, 2021). Este marco teórico sostiene que cualquier cambio en las políticas públicas es producto del esfuerzo de individuos u organizaciones que comparten un marco de creencias que comprende una visión de un asunto y una jerarquía de valores, y que forman coaliciones, desde las cuales discuten y negocian con otras para así cumplir sus objetivos (Breton et al, 2013). Estas alianzas también enfrentan eventos externos capaces de afectar los recursos que tienen disponibles, incidiendo directamente en la probabilidad de su éxito o fracaso (Breton et al, 2013). Otra propuesta teórica de utilidad para este artículo es la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux, a partir de la cual se considera la motivación que tienen los actores para formar una coalición, los recursos que poseen para cambiar la política pública y la calidad de las relaciones que mantienen entre sí (Breton et al, 2008; Breton et al, 2013).

De esta forma, se espera comprender el Proyecto de Ley número 063 de 2017 Cámara o *Ley de Parto Humanizado*, no como una novedad en la normatividad de la salud sexual y reproductiva en Colombia, o como un proyecto más de salud pública que fracasó, sino como un proceso complejo que intentó intervenir en un problema de interés público desde la colaboración de servidores públicos y diversos miembros de la sociedad civil, y que enfrentó diferentes eventos externos, de los cuales algunos fueron favorables y fortalecieron el

contenido del proyecto, mientras que otros influyeron finalmente en su archivamiento en 2019.

METODOLOGÍA

Este estudio parte un diseño cualitativo que aborda el caso del trámite legislativo del Proyecto de Ley número 063 de 2017 o *Ley de Parto Humanizado* para evaluar cómo los intereses de un grupo diverso de actores se ven reflejados en los documentos destinados a sustentar esta iniciativa ante el Congreso colombiano. Adicionalmente, se aplicó una estrategia deductiva para aplicar las hipótesis de marcos teóricos destinados al estudio de la política pública como el MCA y la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux a través del estudio de fuentes primarias y secundarias.

Se incluyeron técnicas de recolección de datos basadas en la selección y evaluación de documentos y la realización de entrevistas abiertas. En primer lugar, el trabajo realizado en los documentos consistió en una revisión sistemática del material impreso y electrónico disponible en medios de divulgación institucional colombianos relacionado al trámite del Proyecto de Ley número 063 de 2017 o *Ley de Parto Humanizado*. Esta revisión se orientó a identificar aquellos eventos y discursos cruciales para la comprensión de estos manuscritos.

Los documentos en cuestión fueron producidos por legisladores y sus unidades de trabajo durante el paso del proyecto de ley por el Congreso, y publicados en la Gaceta de Congreso entre 2017 y 2019. Estos son informes de ponencia presentados durante los debates en el Congreso y presentan una visión particular de la atención de los procesos reproductivos, en la que ciertas prácticas son evaluadas desde un enfoque diferencial de derechos y la medicalización de los procesos de atención del parto (Rojas, 2017; Salazar et al, 2017; Cristancho et al, 2018; Fortich, 2019).

Con el fin de ampliar la perspectiva ofrecida por este material, también se tuvieron en cuenta artículos de periódicos nacionales relacionadas al proyecto estudiado, además de comunicados de prensa, publicaciones y videos realizados por algunos grupos civiles en redes sociales como Facebook y Twitter, destinados a mostrar el interés de estos colectivos en apoyar el proyecto. Otros documentos revisados consistieron en artículos científicos y declaraciones de entidades gubernamentales e internacionales citados por los legisladores y los grupos de interés, que soportan lo tratado en el proyecto de ley, y que adicionalmente permitieron ahondar en el estado de la discusión a nivel internacional a través de documentos oficiales de instancias intergubernamentales que tratan acerca de las problemáticas de

medicalización y violencia obstétrica, así como antecedentes legislativos alrededor de la temática de Parto Humanizado en Latinoamérica.

Finalmente, para aumentar la validez del estudio aquí descrito, se realizaron tres entrevistas abiertas entre mayo y noviembre de 2021 como técnica cualitativa de apoyo. Las mujeres entrevistadas son o fueron miembros activos del Movimiento Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva, colectivo que tuvo un papel central en la redacción de los documentos para las ponencias en la Cámara de Representantes. Estas conversaciones estuvieron dirigidas a identificar las creencias, los intereses y los valores de un colectivo cuya intervención fue crucial para el proyecto estudiado, el momento cuando empezaron a trabajar en el proyecto, y los acuerdos y desacuerdos que tuvieron con los legisladores. De este modo, se contrastó el contenido de los documentos oficiales con la perspectiva de las personas que colaboraron con su redacción. Cabe destacar que, pese a varios intentos de comunicación, no se logró ejercer una comunicación efectiva con alguno de los congresistas y sus unidades legislativas, por lo que su perspectiva solo pudo ser apreciada desde lo descrito en los documentos.

De acuerdo a la Resolución número 8430 de 1993, donde se establecen las normas para la investigación en salud en Colombia, este método de investigación documental no está asociado a la intervención de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales en ninguno de los participantes (MinSalud, Resolución 8340/1993). Ninguna de las personas entrevistadas pertenece a un grupo vulnerable y cada conversación se celebró de forma virtual vía Zoom. Los sujetos participantes dieron su consentimiento para el registro e interpretación de su testimonio y fueron citados de forma anónima.

Para orientar el análisis de la información recolectada, se aplicaron parte de los fundamentos del MCA, pues contribuyen a estudiar cómo la toma de decisiones en las políticas públicas parte de las creencias y los recursos de los actores involucrados. La información fue codificada y categorizada de acuerdo a las siguientes variables (Figura 1):

- Subsistemas de política pública. Se refiere a coaliciones compuestas por actores que tienen creencias, recursos y estrategias que son movilizadas para incidir en las decisiones de las autoridades en relación a una política pública en específico (Breton et al, 2008).
- Parámetros relativamente estables: son aquellos atributos básicos del problema a ser tratado por una política pública y que pueden ser constantes en el tiempo (ej.

La extensión geográfica, la distribución de recursos económicos y sociales, la estructura legislativa y normativa de un país)

- **Eventos externos:** Aquellos cambios en las condiciones socioeconómicas y políticas y en la opinión pública que impactan en las decisiones en política pública y en los subsistemas. Se incluyen también aquellos eventos que, aún perteneciendo a otros subsistemas, inciden en la política pública.

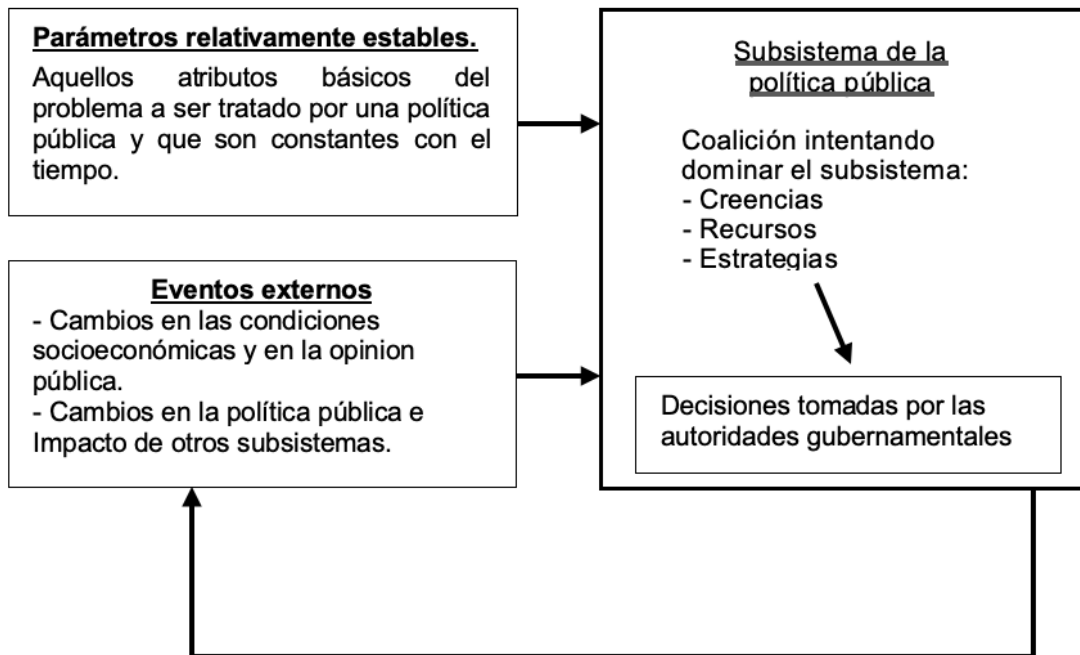


Figura 1 – Unidades de análisis del Marco de Coaliciones de Abogacía (adaptadas)

El presente estudio presenta limitaciones comparado al diseño original del MCA, el cual plantea que, para poder abordar los cambios en la política pública en relación a un problema particular, es necesario tener una unidad de análisis temporal de mínimo una década. Esta apreciación no fue posible debido a la poca información disponible acerca de los intentos previos al objeto de estudio enfocados en incidir en la problemática del parto humanizado a través de proyectos legislativos. Por otro lado, el MCA estudia el proceso de una política pública evaluando sus resultados a lo largo del tiempo. Dado que el proyecto de ley estudiado no fue aprobado, tal variable no pudo ser estudiada (Breton et al, 2013).

Finalmente, se tomaron en cuenta las unidades de análisis relevantes para la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux, como los beneficios percibidos por aquellos individuos y grupos prestos a unirse en una coalición, las calidad de las relaciones que forman entre sí y los recursos que, una vez agrupados, son movilizados para lograr un objetivo común

(Breton et al, 2008). A continuación, se expone la información recolectada y su interpretación de acuerdo al marco conceptual descrito, esperando resaltar las relaciones que se dan entre la sociedad civil, la academia y los legisladores para intentar crear un proyecto de ley presto a proteger a las mujeres durante el parto.

RESULTADOS

Parte I: La Ley de Parto Humanizado (Proyecto de Ley número 063 de 2017).

Los subsistemas de las políticas públicas son la principal unidad de análisis del MCA. Esos subsistemas se caracterizan por poseer un área geográfica, un problema común y actores que actúan para influenciar o cambiar una política pública (Cruz Rodrigues et al., 2020). A continuación, se listan generalidades sobre los actores, congresistas y activistas importantes para el subsistema relevante para el análisis del Proyecto de Ley número 063 de 2017 cuando fue presentado por primera vez en el Congreso colombiano, así como algunos eventos secundarios destacados.

El trámite legislativo de la *Ley de Parto Humanizado* inició en agosto de 2017. Clara Leticia Rojas González, representante a la Cámara por el Partido Liberal, inscribió este proyecto de ley para que fuera considerado, debatido y aprobado por el Congreso de la República de Colombia en el transcurso de dos años¹. El objetivo del proyecto, según el primer manuscrito acreditado a Rojas, era “garantizar los derechos de las madres a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos” (Rojas, 2017: p. 16).

El interés de garantizar un parto digno a las madres colombianas desde un marco legal no surgió por primera vez con el proyecto de Rojas. Los Proyectos de ley número 060 de 2007, 172 de 2009, 21 de 2010, 7 de 2011 y 24 de 2013; llamados, en su mayoría, *Leyes para la protección de la maternidad o para el parto digno* fueron propuestos con la intención de establecer una normatividad de promoción, prevención y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y sus hijos mediante una actitud humanizada del embarazo, el parto y el nacimiento para así reducir la mortalidad materna (Wilches et al., 2013). A pesar del interés aparente de los congresistas en el tema, sus proyectos fueron archivados al no ser aprobados durante los debates o ser retirados por los autores (Wilches et al., 2013).

¹ Durante su periodo como Representante a la Cámara (2014-2018), Rojas participó en proyectos de ley relacionados con la atención integral a víctimas del conflicto armado, instancias institucionales para la equidad de género, la prostitución, la educación para la sexualidad, la capacidad legal de personas con discapacidad, la educación a las madres cabeza de familia, y la estabilidad laboral para la mujer con estrés postraumático (Cámara de Representantes, 2018).

El Proyecto de Ley número 063 de 2017 fue presentado al principio de la legislatura 2017-2018 después de un año ajetreado para el Congreso colombiano, el cual estuvo involucrado en la discusión de asuntos que tendrían consecuencias para el país en los años venideros como la firma del Acuerdo de Paz con las FARC y la reglamentación de la Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición (Presidencia de la República, 2017). En el marco de la salud sexual y reproductiva varios grupos activistas y feministas ya promovían la protección del parto y las prácticas tradicionales en espacios académicos y públicos. Entre estos se destacaban los siguientes: Huitaca, una organización interdisciplinar de mujeres que hace veeduría a los contextos de la salud sexual y reproductiva en el territorio colombiano (Huitaca, s.f.); organizaciones como la Fundación Mujeres Bachue y ASOPARUPA, que tienen como fin salvaguardar los conocimientos y saberes de las partería tradicional colombiana (Fundación Mujeres Bachue, 2021; ASOPARUPA, 2018); Fundación Camino Claro, una entidad sin ánimo de lucro promotora del empoderamiento comunitario intersectorial a través de educación en salud sexual y reproductiva (Camino Claro, s.f.); entre otros².

En las últimas décadas, en la academia colombiana se ha promovido una discusión crítica sobre la atención del parto. Se resaltan trabajos de grado y artículos de investigación que, mediante diseños metodológicos de enfoque cualitativos y exploratorios, reportaron y analizaron la experiencia de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica en diferentes partes del país³ (Colon Iriarte, 2008; Monroy, 2012; Jojoa-Tobar, 2016; Mejía Merino et al, 2018). Los autores de estos artículos concluyeron que era necesario aprobar modelos de atención que cubran las necesidades y los intereses de las mujeres durante el parto, y que los profesionales de la salud se comprometan en brindar un cuidado humanizado del proceso del parto (Colon Iriarte, 2008; Mejía Merino et al, 2018).

Otro antecedente que hay que destacar es que, si bien no existía una ley que reglamentara una atención humanizada del parto, sí había normatividad en Colombia al respecto, como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 (MinSalud, 2003), el Plan Decenal de Salud Pública de 2012 (MinSalud, 2012), y los lineamientos del Ministerio de Salud de Colombia relacionados con la humanización de la atención en salud

² Para 2017, se reportó la actividad de los siguientes grupos: Anam Cara, Observatorio de Violencia Obstétrica, Luna Gestante, Mujeres Gestantes de Paz, Katoni Puro, EMESFAO, Acunando (Huitaca, 2017).

³ Estos trabajos han sido realizados desde la Maestría en Estudios de Géneros y Estudios Interculturales de la Universidad Nacional, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca y la Facultad de Enfermería y el Posgrado de Obstetricia de la Universidad de Antioquia (Cristancho et al., 2018).

realizados en 2015⁴ (Cristancho et al., 2018). Aunque estos documentos invitan a una atención integral, humanizada y de calidad basada en los derechos sexuales y reproductivos, los artículos de investigación previamente mencionados señalaron que las mujeres todavía eran sometidas a malos tratos durante la atención del parto (Mejía Merino et al, 2018). Desde esta posición, los autores llamaron la atención a las entidades del gobierno, las instituciones de salud, entre otras organizaciones, a eliminar cualquier tipo de violencia en el proceso de atención del parto y construir un diálogo entre la gestante y el personal de salud (Jojoa-Tovar, 2016).

Un último actor a tener en cuenta en este subsistema es la senadora Nadia Georgette Blel Scaff quien, mientras sucedía el trámite legislativo de la *Ley de Parto Humanizado*, inscribió un proyecto en el marco de la atención del parto, específicamente sobre la conducta conocida como violencia obstétrica: el Proyecto de Ley número 147 de 2017 o *Ley mediante la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*⁵ (Blel, 2017). Si bien la *Ley de Parto Humanizado* buscaba establecer un mínimo de derechos para garantizar un trato digno a las madres durante el parto y señalaba un régimen de sanciones inespecífico, la *Ley de Violencia Obstétrica* se caracterizó por un enfoque punitivo hacia los profesionales de salud y las instituciones que incurrían en estas conductas (Blel, 2017).

Hasta este momento del trámite legislativo, los grupos que conformaron el subsistema actuaban por separado para cumplir con su objetivo de cambiar la política pública alrededor de la *atención del parto*. Las congresistas, dada su posición, contaban con un espacio para validar sus intereses a través de proyectos de ley, mientras que los grupos civiles demostraban su experticia en el dominio de la política a través de su producción académica y su activismo. En el siguiente apartado, se detallan las creencias y valores de algunos de los actores involucrados en el tema del *parto humanizado*, así como los antecedentes de la problematización de este, partiendo de la revisión del contenido del primer manuscrito entregado por Clara Rojas a la Cámara de Representantes.

⁴ Otra legislación como la ley 100 de 1993 y la ley 1751 de 2015 establecen a las mujeres en embarazo como sujetos de especial protección por parte del Estado (Gaviria, 2015).

⁵ Durante su periodo como Senadora de la República (2014 - presente), esta senadora contribuyó a causas relacionadas a la atención a cuidadores de personas en situación de discapacidad, la protección de la ciudadanía ante la exposición de plomo y asbesto, régimen de inhabilidades a aquellos condenados por delitos sexuales, entre otros proyectos relacionados a la protección de la infancia y la adolescencia (Universidad de los Andes, 2021).

La Ley de Parto Humanizado: creencias y factores relativamente estables.

El MCA entiende que las políticas públicas están permeadas de las disputas entre las creencias de diferentes actores, sus ideas alrededor de la definición de problemas públicos, sus causas y las diferentes soluciones que pueden surgir para solucionarlos. Estas creencias y el resultado de estos conflictos se reflejan en los objetivos y el contenido de las políticas públicas (Cruz Rodrigues et al., 2020). Un término adicional para tener en cuenta del MCA es aquel de los parámetros relativamente estables, mencionado previamente y que hace referencia a los atributos básicos del problema (por ejemplo, su definición y la población que afecta) y los valores socioculturales alrededor del mismo. Estas siendo variables que cambian lentamente a lo largo del tiempo, ayudan a establecer a las instituciones destinadas a tratar el problema, así como los recursos que tienen los actores para impactar en el área problema (Cruz Rodrigues et al., 2020).

Entrando en detalle sobre el origen de su interés de respaldar un proyecto como la *Ley de Parto Humanizado*, Rojas (2018) recordó que durante su rol como Presidente de la Comisión de Derechos de la Cámara en el 2015-2016, viajó a la Guajira y el Amazonas, para presenciar la situación de las víctimas y los indígenas. Encontró que la presencia de otros sistemas culturales generaba obstáculos en la atención del parto que impiden el acceso a los servicios de salud, lo cual incidía en las cifras de mortalidad infantil. Junto a un grupo de mujeres, ella redactó un proyecto que pudiera generar a las mujeres “la tranquilidad de que, cuando vayan a una sala de parto, [estén] acompañadas (...) por una persona de su confianza, etnia o familiar” (Rojas, 2018).

Con esta afirmación, ella parece hacer referencia a la necesidad de promover una atención del parto con un enfoque intercultural presto a reconocer que las necesidades de las mujeres están permeadas por su cultura, particularmente en lo que ellas consideran como las prácticas más pertinentes para promover su bienestar. Lo anterior implica configurar una relación de respeto y acompañamiento entre la gestante y los servicios de salud (Freyermuth Enciso y Meneses Navarro, 2017).

Se podría incluir la interculturalidad dentro de la categoría de *enfoque diferencial*, el cual reconoce que, para reconocer la igualdad de forma efectiva es importante reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos de acuerdo a las practicas cotidianas y los imaginarios de las personas, de manera que se puedan reconocer aquellas vulnerabilidades, riesgos e inequidades que enfrentan de forma particular (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, n.f.)

Lo mencionado por Rojas de la importancia de generar la tranquilidad de que serán acompañadas por una persona de su confianza, etnia o familiar, guarda relación con un comunicado de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016) de la misma época que define la experiencia positiva del parto como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural y el mantenimiento de un embarazo saludable. Este documento recomienda beneficiar la salud materna y neonatal mediante el acompañamiento durante el parto y el nacimiento por profesionales de la salud amables y competentes o personas elegidas por las gestantes (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En la cita de Rojas, se señala la participación de un grupo de mujeres en la redacción del primer documento relacionado al proyecto, pero solo se tiene cuenta a Rojas como autora del proyecto y no se puede detallar cuál fue la contribución específica de estas mujeres en el contenido del documento o el material que citaron para su construcción. Asimismo, hasta este momento de la historia no se detalla la participación de organizaciones civiles o la academia colombiana en el diseño del proyecto.

Ahora se detallarán los derechos contemplados en el proyecto de ley, haciendo énfasis en las referencias que hace el escrito de Rojas a otros proyectos realizados en el marco de legislación nacional y latinoamericana, y a declaraciones realizadas por organismos internacionales, como formas para legitimar el proyecto.

El catálogo de derechos

En el manuscrito original de la *Ley de Parto Humanizado*, existe un apartado que menciona los intentos de legislación en América Latina afines al proyecto de ley, haciendo énfasis en los casos de Uruguay, Argentina y Puerto Rico. La Ley 25.929 o Ley de Parto Humanizado, presentada en Argentina en 2004 y reglamentada en 2015, tuvo gran influencia en el proyecto colombiano de 2017. De allí, se extrajeron varios de los derechos contemplados en el primer borrador, entre los cuales se encuentran:

- i. A ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo (...) derivado del embarazo, las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento y el pronóstico; con el fin de que se puedan optar diferentes alternativas.
- ii. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
- iii. A ser considerada (...) como persona sana, [para facilitar] su participación como protagonista de su propio parto.

- iv. A ser informada sobre la evolución del parto, el estado de su hijo o hija, y (...) que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- v. A estar acompañada por un familiar o una persona de confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- vi. A tener al recién nacido al lado durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que no se requieran cuidados especiales.
- vii. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- viii. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma, y del niño o niña. (Rojas, 2017: p.15) (Ley N° 25.929, 2018).

Otra influencia para la *Ley de Parto Humanizado* fueron los esfuerzos realizados en Colombia para legislar en materia de la atención del parto. Algunos derechos presentes en el Proyecto de Ley 060 de 2007, aparecen en el proyecto de ley que nos concierne, como los siguientes:

- i. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
- ii. A recibir asistencia psicosocial cuando (...) lo requiera
- iii. A recibir asesoramiento después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar (...) acordes a su condición clínica,
- iv. A recibir, según el caso y la disponibilidad del recurso, analgesia (...) adecuadamente aplicada por un médico anestesiólogo.
- v. A que, a partir de la semana 32, los controles gestacionales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto (Rojas, 2017: 15).

De los derechos contemplados en esta primera lista, nos detendremos en dos en particular. El primero, identificado con el numeral (d), “recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente de conformidad con sus costumbres, valores y creencias”, que se relaciona con la intención original que tenía Rojas para el proyecto, específicamente, brindar una atención del parto con un enfoque diferencial (Rojas, 2018). El segundo, identificado con el numeral (c), “ser considerada (...) como persona sana [para facilitar] su participación como protagonista de su propio parto”, parece indicar una posición respecto a la medicalización del parto. Lo referido en este numeral se estudiará a profundidad en el siguiente apartado, ya que constituye uno de los “parámetros relativamente estables” en el subsistema de política pública alrededor del *parto humanizado* y está presente en los documentos estudiados.

La medicalización del parto y los llamados de los organismos internacionales

Antes del desarrollo de la obstetricia como especialidad médica en los siglos XVIII y XIX, existían figuras como la “comadre” y la “partera” que se encargaban de asistir y ayudar a parir a las mujeres. En ese momento, el parto era considerado un proceso “natural” y no uno “patológico” que requería vigilancia estricta por parte de las ciencias médicas (Avendaño y Mateo-González, 2014). Después de una mayor profesionalización de las especialidades médicas, así como de un señalamiento científico y religioso hacia la partería, la exigencia de formación universitaria fue el motivo para la exclusión legal y social de las mujeres de estas prácticas tradicionales. El discurso médico argumentó a favor de los cirujanos obstétricos debido a su destreza manual y su acceso exclusivo a tecnología (Arguello- Avendaño y Mateo-González, 2014).

La medicalización sucede cuando un número de condiciones, conductas y experiencias de la vida son categorizadas como enfermedades o desórdenes, e incorporados al campo de saberes y del ejercicio de los profesionales de la salud (Murguía et al., 2015). Esta medicalización puede ser conceptual (el uso de la terminología médica para definir entidades que previamente no eran médicas), institucional (legitimar la experticia médica alrededor de un tema, a través de la construcción de entidades especializadas en su manejo), e interaccional (cuando situaciones enmarcadas en situaciones sociales de desigualdad son considerados como problemas médicos) (Maturó, 2012; Murguía, 2015: 638).

Entonces, en un proceso de *medicalización institucional*, el embarazo y el parto pasaron de ser eventos familiares y domésticos atendidos mayoritariamente por parteras, a ser eventos hospitalarios, donde las lógicas de riesgo los sitúan como procesos “defectuosos”, riesgosos y susceptibles de perfeccionamiento a través del uso de la tecnología, así desplazando las prácticas tradicionales de los sistemas de salud (Arguello- Avendaño y Mateo-Gonzalez, 2014; Vallana, 2020).

Posteriormente, en el caso de la atención del parto, se empezó a cuestionar la necesidad de medicalizar los procedimientos del parto y valorar la idea de empoderar las prácticas tradicionales. En 1975, un programa de salud propuso articular la partería indígena y local en el área rural de Ceará (Brasil) con el sistema de salud oficial de ese país. Este programa piloto encabezado por el personal del Hospital Maternidad Assis Chateaubriand de Fortaleza (Brasil) capacitó a las parteras tradicionales para que pudieran identificar el riesgo de las mujeres de presentar complicaciones durante el parto para así remitirlas al nivel hospitalario de atención (Misago et al., 2001).

Los resultados de este esfuerzo ganaron tanta notoriedad que la OMS seleccionó a Ceará como sede de la Conferencia Internacional de la Tecnología Apropriada para el Parto de 1985, evento insignia por ser una de las primeras respuestas de los organismos internacionales a la medicalización del parto. Allí se publicó la *declaración de Fortaleza*, donde se afirmó el papel central de las mujeres como participantes de la planificación y la atención del embarazo y el parto, en el marco de su derecho a una atención adecuada en términos de factores sociales, emocionales y psicológicos (Rocha et al., 2019).

Una década después, el informe *Cuidados para el parto normal: una guía práctica* publicado por la OMS en 1996, estableció que las mujeres tenían derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, y a que no se les practicase de rutina o sin su consentimiento procedimientos como cesáreas, episiotomías, rasurados, enemas y monitoreos fetales electrónicos (Cáceres-Manrique y Nieves-Cuervo, 2017). Estas recomendaciones enfrentan una medicalización excesiva reflejada en prácticas perjudiciales que debían ser reevaluadas o eliminadas de la práctica clínica, debido al riesgo que implicaban en el binomio madre-hijo (Grupo técnico de trabajo - Organización Mundial de la Salud, 1996).

Así pues, el derecho presente en la *Ley de Parto Humanizado* que tienen las mujeres de “ser considerada (...) como persona sana, [para facilitar] su participación como protagonista de su propio parto” comprende una problematización que se venía gestando hace décadas sobre la hegemonía de la intervención médica en el parto y cómo esta posiciona a las mujeres como espectadoras y no como protagonistas de sus procesos (Vallana, 2020). Por otro lado, el contenido presente en el catálogo de derechos de la *Ley de Parto Humanizado* amplía el subsistema de la política pública, al citar la contribución de leyes latinoamericanas como insumo para el documento en cuestión. Los derechos allí contemplados configuraron un modelo de atención caracterizado por una gestante que es acompañada, respetada e informada sobre cada asunto concerniente a su parto, incluyendo los procedimientos y cuidados a los que será sometida, y su estatus como persona sana que atraviesa un proceso natural en el que debería poseer un papel activo.

La exposición de motivos y los conceptos del Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Después de la presentación del proyecto en la Secretaría de la Cámara de Representantes y su denominación como Proyecto de Ley número 063 de 2017, el documento de Rojas fue enviado a una Comisión Constitucional, un espacio destinado a estudiar, discutir

y aprobar en primer debate los proyectos de ley. En el caso de la *Ley de Parto Humanizado*, esta fue enviada a la Comisión Séptima Constitucional, instancia especializada en temas como seguridad social, salud y asuntos de la mujer y la familia. El texto enviado contenía el catálogo de derechos ya mencionado y una exposición de motivos.

La sección de los documentos legislativos destinada a plantear el problema y proponer sus soluciones es conocida como *exposición de motivos*. En el caso de la *Ley de Parto Humanizado* este apartado se centra en la mortalidad materna estableciendo que, si bien esta ha disminuido a lo largo del país, suele concentrarse en las regiones con mayores brechas sociales y desigualdad. Por esto se consideró pertinente que Colombia contara con una ley que garantizara los derechos de las madres y de los recién nacidos, pues la mayoría de muertes que se producen en las zonas mencionadas podían ser evitables⁶ (Rojas, 2017).

Este primer documento fue puesto a consideración del Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social por solicitud de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debido a la función de estas instituciones en la evaluación y el ajuste de las políticas públicas. En septiembre de 2017, Martha Lucía Ospina, médica y especialista en Gestión en Salud Pública y directora del Instituto Nacional de Salud, revisó este documento y comentó positivamente sobre su enfoque de derechos como una oportunidad para promover, defender y garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. No obstante, consideró fundamental que la ley ampliara la descripción de la situación materna y perinatal con los datos de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública y el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud, para así tener en cuenta las diferencias de los indicadores de salud materna-perinatal y las condiciones sociales, económicas y culturales de los territorios de forma objetiva, y lograr intervenir en las brechas en la atención (Ospina, 2017).

Alejandro Gaviria, el Ministro de Salud y Protección Social de ese entonces, redactó un concepto institucional sobre el proyecto de ley. Comentó que, si bien el país había avanzado en la materia de protección de la mujer en el embarazo, no bastaba con delimitar un catálogo de derechos, era necesario tener en cuenta las condiciones sociales de estas mujeres (Gaviria, 2017). Gaviria señaló que el proyecto debía ser muy claro en justificar por qué es necesario reglamentar específicamente en el *parto humanizado*, dada la redundancia del

⁶ El primer documento del Proyecto de Ley número 063 de 2017 sustentó su motivación a partir de datos suministrados por artículos de prensa, documentos institucionales como el *Análisis de Situación de Salud* de 2015, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el objetivo de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Rojas, 2017).

contenido del proyecto en relación con el marco constitucional, legal y normativo vigente alrededor de la protección de la maternidad, específicamente: el Código de Infancia y Adolescencia de 2006 (Ley 1098/2006); la ley 1257 de 2008 que dictaba normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; el Plan Decenal de Salud Pública de 2012 (Resolución 1841/2013) y las Rutas de Atención Integral en Salud en Salud para la población materno-perinatal (Gaviria, 2017).

Gaviria comentó sobre un derecho en específico del catálogo establecido en la *Ley de Parto Humanizado*: el derecho a *ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo (...) derivado del embarazo*. Gaviria declaró que la ley necesitaba ser explícita con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en cuanto a que es un procedimiento que debía ser enseñado a las mujeres como una alternativa a optar durante la atención de su parto, siempre y cuando se cumplieran las condiciones establecidas por la Sentencia C-355 de 2006⁷ (Gaviria, 2017).

El MCA entiende que las políticas públicas y los programas incorporan argumentos que detallan cómo pueden ser logrados sus objetivos (Breton et al, 2013). El proyecto de ley de Rojas propuso solucionar una problemática a través de un enfoque de derechos. Esta organización de creencias recibió retroalimentación por parte de otros actores del subsistema, expertos en la gestión de los servicios de salud, quienes instaron a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes a incluir datos más objetivos sobre las inequidades en la atención del parto en Colombia y revisar cómo el proyecto se justificaba en relación las políticas vigentes para ese momento.

De este modo, este documento que presentaba una forma particular de concebir una atención del parto inspirada en un marco legal internacional y en conceptos que eran objeto de discusión en la academia, fue aceptado en la Comisión correspondiente, la cual autorizó que el proyecto fuera debatido por primera vez en la Cámara.

Ponencia para primer debate

La Comisión asignó como ponentes a los representantes José Élver Hernández y Mauricio Salazar Pelaez del Partido Conservador, y Fabio Raúl Amin Saleme del Partido

⁷ La Sentencia C-355 del 2006 de la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres condiciones:

- a) Cuando pelagra la vida o la salud de la madre
- b) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida
- c) Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Liberal como ponentes (Salazar et al., 2017)⁸. Los ponentes son congresistas encargados de estudiar el proyecto de ley y presentar un informe llamado *ponencia*, que argumenta sobre la conveniencia del proyecto, las reformas que pueden hacerse para mejorarlo o manifestar su desacuerdo. Este documento luego es expuesto en una sesión con la Comisión, cuyos miembros pueden autorizar que el proyecto de ley pase a la siguiente instancia: el debate en sesión plenaria en la Cámara (Cámara de Representantes, 2020).

La ponencia, presentada en noviembre de 2017, no realizó ningún cambio a la exposición de motivos del primer manuscrito de la ley o adiciones que respondan a los conceptos realizados por Ospina y Gaviria y solicitados por la Comisión Séptima. Tampoco es claro el motivo por el cual ambos representantes fueron seleccionados como ponentes y si tenían algún nivel de experticia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, más allá de su afiliación a una comisión especializada en el tema. Su documento, sin embargo, dan prioridad al derecho al parto natural, “respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos en el catálogo de derechos”, al resaltarlo como el primer derecho en el catálogo propuesto. No fue posible confirmar si esta acción correspondió a un interés particular de los congresistas (Salazar et al, 2017: 7).

Después de casi cinco meses de estar preparada la ponencia, el 17 de mayo de 2018 se llevó a cabo el primer debate en la Comisión Séptima. En la sesión, la representante Rojas reiteró la importancia del proyecto y solicitó a los presentes “apoyar (...) la mejor atención que se le pueda dar a las mujeres al momento de su parto, particularmente en las áreas rurales”. Seguido a este preludeo, la Comisión votó a favor del Proyecto de Ley número 063 de 2017, el cual sería debatido en la siguiente instancia (Cámara de Representantes, 2018). Desde allí, el proyecto tenía un largo camino por delante: debía ser aprobado en otro debate en la Cámara de Representantes, en otros dos en el Senado y recibir la sanción presidencial. Todo esto tenía que suceder en el transcurso de un año, de lo contrario el proyecto sería archivado debido a lo estipulado en el artículo 191 de la ley 5 de 1992: “Ningún proyecto será considerado en más de dos legislaturas”.

⁸ Durante su periodo como Representante a la Cámara (2014 - presente), Hernández, administrador público, contribuyó a proyectos legislativos relacionados a subsidios para el transporte, alojamiento y manutención del paciente del sistema de salud y la protección del adulto mayor (Universidad de los Andes, 2021); el representante Salazar (2014-2018), abogado, trabajó en proyectos relacionados con medidas de salud pública para el control de la obesidad, publicidad abusiva, regulación de publicidad para niños, regulación de sistemas electrónicos, asbesto, eliminar requisito de situación militar, derechos laborales, mejoramiento de calidad de atención en salud. Por su parte, el representante Amín (2014-2018), economista, participó en proyectos relacionados con salud mental, alimentación escolar, la lactancia materna, la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud y el consumo de sustancias psicoactivas (Universidad de los Andes, 2021).

Para mayo de 2018, el subsistema alrededor de la *Ley de Parto Humanizado* parecía estático. Los miembros de la Cámara encargados de su ponencia no hicieron referencia en su texto a los comentarios hechos por instituciones referentes en salud pública como el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social y tampoco siguieron alguna de sus recomendaciones (Salazar et al, 2017). Con un proyecto que todavía no trascendía las contradicciones encontradas en su texto, o la redundancia en relación con la política nacional e internacional en las que se basaba, parecía que la primera victoria no sería suficiente para asegurar su éxito: era necesario considerar el concepto de las organizaciones gremiales de los trabajadores de salud involucrados en el parto y la opinión de activistas y académicos en el tema.

Antes de la finalización del periodo de Clara Rojas como congresista electa, el Proyecto de Ley 063 de 2017 captó el interés de varios grupos feministas, académicos y activistas que estaban “tejiendo” conexiones entre sí debido a que compartían luchas en las mismas esferas: el *parto humanizado* y la *violencia obstétrica*. (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021). Natalia Castillo, psicóloga experta en duelo gestacional y doula, gestionó una reunión con la unidad legislativa de Clara Rojas. A este encuentro también asistieron Susana Bueno Lindo, médica gineco-obstetra y doula, Laura Enciso Chaves, médica gineco-obstetra y Elisa Jojoa Tovar, enfermera, docente de la Universidad del Cauca y partera tradicional. Estas mujeres contaban con trayectoria en la promoción del *parto humanizado*, así como en investigación en violencia obstétrica (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

En la reunión, realizada a mediados de 2018, estas mujeres comentaron sobre el proyecto de ley. A pesar de que estos comentarios no tuvieron impacto dado que el proyecto sería encabezado en los meses próximos por otros congresistas diferentes a Rojas debido a que su periodo como representante estaba por terminar, esta reunión es relevante para los propósitos de análisis de este artículo. Una de las mujeres entrevistadas consideró que esta primera comunicación con los congresistas sucedió de forma muy tardía ya que ellos “estaban legislando sobre algo de lo que ya se estaba haciendo activismo” (No. 2, comunicación personal, 23 de abril de 2021). Es decir, se estaba diseñando una ley sin la participación de grupos que estaban trabajando alrededor de la atención humanizada del parto.

Que los legisladores consideren la participación de los civiles y gremios interesados es un aspecto importante para la formulación de un proyecto de ley, particularmente crucial en el caso estudiado. El marco teórico propuesto por Lemieux establece que los interesados en

cambiar la política pública relacionada a un tema particular, tienen que valorar el costo y el beneficio de iniciar una transacción de conocimientos con otros individuos y el colectivo para que se logren acuerdos en relación a un objetivo común. En este instante del relato, la contribución de otros expertos en el tema de *parto humanizado* si bien no fue ignorada, fue omitida en el contenido de manuscritos realizados hasta entonces.

En la siguiente sección, se describirá cómo un proyecto de ley paralelo al que estamos estudiando omitió solicitar la contribución de sectores clave en el tema de la atención del parto, despertando una polémica en la que participaron varios grupos que eventualmente se involucrarían con la *Ley de Parto Humanizado*.

Parte II: La Ley de Violencia Obstétrica.

El Marco de Coaliciones de Abogacía (MCA) sugiere que uno de los motores que impulsan las políticas públicas al éxito es la aparición de eventos externos, es decir, de cambios en las condiciones socioeconómicas, y en la opinión pública que suceden dentro del sistema y que terminan cambiando las ventajas y los recursos de aquellos que buscan cambiarla (Breton et al, 2013). En el caso de la *Ley de Parto Humanizado*, un evento externo traería indirectamente más actores al subsistema y permitiría la formación de una coalición formada por legisladores y grupos sociales: la presentación del Proyecto de Ley número 147 de 2017, también conocido como *Ley de Violencia Obstétrica*.

El subsistema de política pública de la violencia obstétrica

Para entender el impacto de la Ley de Violencia Obstétrica en el subsistema relacionado a la Ley de Parto Humanizado es necesario revisar la problematización de violencia obstétrica y cómo ha sido tratada legalmente en América Latina. Esto nos permite entender algunas de las creencias de los grupos sociales que se involucraron en la discusión de esta ley y eventualmente en la Ley de Parto Humanizado.

La violencia obstétrica es definida como aquella ejercida por los profesionales de salud sobre los procesos reproductivos de la mujer, que se expresa en un trato deshumanizado y un abuso de la medicalización del parto (Kats et al., 2020: 624). El término también ha sido utilizado para señalar la violencia estructural e institucional de los sistemas de salud, reflejar las relaciones de poder entre profesionales de la salud y pacientes, y evidenciar la falta de equidad vinculada a cuestiones de género presentes en la atención del parto. (Goberna-Tricas, 2019).

Durante los 2000s, grupos activistas a lo largo de América Latina y España lograron crear canales de difusión para facilitar el intercambio de conocimiento y de experiencias de otras mujeres durante los procesos de atención a la maternidad y el nacimiento. Su activismo se encaminó a denunciar e invitar la reflexión sobre la normalización e institucionalización de la violencia obstétrica, y a promover un parto más respetado (Castillo Villanueva, 2019). Desde ciencias sociales como la antropología y la sociología médicas, se realizaron apreciaciones críticas en temas como la salud de las mujeres en el contexto de la atención en salud reproductiva (Williams et al, 2018). En relación con la violencia obstétrica, se presentaron propuestas que incluían la sensibilización entre los miembros de equipos de salud para cambiar aquellas prácticas que violan los derechos de las mujeres, la revisión de las condiciones laborales del personal médico, y la creación de nuevos modelos asistenciales que respeten las dimensiones psicológicas, afectivas, sociales y culturales de las gestantes (Lafaurie et al., 2019).

El primer reconocimiento de la violencia obstétrica en el marco institucional de América Latina fue la Ley sobre el Derecho a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, realizada en 2007 en Venezuela, la cual sancionó aquellas conductas que implican violencia obstétrica y estableció las consecuencias penales correspondientes. Esta ley definió la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización que trae consigo pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en su calidad de vida (Díaz García y Fernández, 2018).

Otros países como México y Panamá establecieron directrices para poder intervenir en contra de la violencia obstétrica. En 2008, varios estados mexicanos tipificaron la violencia obstétrica como un delito sancionable, mientras que, en 2013, Panamá agregó el término a su legislación con la intención de construir una protección integral para las mujeres durante el parto (Lafaurie et al, 2019; Ley N°8, 2013). En Argentina, se complementó la Ley de Parto Humanizado con la ley 26.48 de 2009, destinada a la “protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres” y se define la violencia obstétrica de una manera similar a la ley venezolana (Díaz García y Fernández, 2018).

Para 2017, Colombia no contaba con ninguna legislación destinada a sancionar la violencia obstétrica, si bien existían lineamientos dentro de las llamadas Rutas de Atención Integral creadas un año antes, que promocionaban los derechos sexuales y reproductivos a nivel individual, familiar y comunitario, de manera que se pudiera reducir o eliminar la

violencia de género y sexual, el estigma y discriminación y las barreras de acceso a servicios de salud (Blel, 2018). Por otro lado, desde el activismo colombiano en relación a la violencia obstétrica, los diferentes movimientos esperaban una legislación que abordará la problemática:

Desde hace años, soñábamos con una ley sobre violencia obstétrica (...) Las consecuencias de la violencia obstétrica en la mujer duran años. El parto es algo íntimo, el parto es un acto sexual, necesitamos sentirnos seguras. Esto no se da en el sistema de salud actual. (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

En noviembre de 2017, se presentó el Proyecto de Ley número 147 de 2017 ante el Senado de la República. La propuesta realizada por la senadora Nadia Georgette Blel Scaff del Partido Conservador reconoció la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, listando unas medidas para prevenirla y sancionarla. El objetivo de este proyecto era contribuir a la reducción de las muertes maternas y neonatales en el país al promover cuidados básicos prenatales y una oportuna atención del parto (Blel, 2017: 50). La propuesta establecía que cualquier profesional de la salud, administrativo o asistencial, podría ser suspendido hasta por cinco años y sancionado por el tribunal ético profesional, si incurría en violencia obstétrica. Seguido de esto, la Superintendencia Nacional de Salud podría establecer multas desde los 100 hasta los 150 salarios mínimos legales vigentes, gasto que sería cubierto por el personal médico asistencial y la entidad prestadora de servicios. Del mismo modo, la superintendencia podría revocar la licencia de funcionamiento de la institución en la que se ejerció la conducta violenta (Blel, 2017).

El contenido de la *Ley de Violencia Obstétrica* causó controversia entre los grupos activistas y los gremios profesionales, quienes utilizaron la prensa y las redes sociales para argumentar sobre su desacuerdo con las premisas de la ley. En el siguiente apartado se presentarán detalles sobre esta polémica, haciendo énfasis en las intervenciones de una agremiación de organizaciones de mujeres y grupos activistas relacionados tanto con la violencia obstétrica como con el parto humanizado.

La controversia alrededor del Proyecto de Ley número 147 de 2017

Más allá de notas periodísticas y comunicados descriptivos, la *Ley de Parto Humanizado* no recibió una respuesta en la prensa tan vigorosa como la dirigida hacia la *violencia obstétrica*. Después de la aprobación de este proyecto en primer debate, en un artículo de *El Tiempo* del 29 de abril de 2018, se informó sobre la opinión negativa que tenía

la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) sobre la ley. Ivonne Díaz, expresidente de esta organización, señaló que el Proyecto ubicaba a los médicos como victimarios y generadores de violencia en la sala de parto, haciéndolos responsables de no generar las condiciones necesarias para prestar servicios de calidad. Díaz indicó que, dado que la Senadora Blel no consultó siquiera a los grupos referentes, se desconocieron los esfuerzos del gremio para humanizar los partos. Sin desconocer la importancia de rechazar todo tipo de violencia, FECOLSOG, en un comunicado, invitó a que se rechazaran estas “posturas sensacionalistas poco fundamentadas” y que envían mensajes equivocados a la población (Redacción Salud - El Tiempo, 2018). En el mismo artículo de prensa se cita a César Burgos, líder en ese entonces de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, quien manifestó que el proyecto de ley vulnera la autonomía profesional al intervenir sobre decisiones que son “del fuero exclusivo del médico tratante” (Redacción Salud - El Tiempo, 2018).

Como respuesta al contenido de este proyecto de ley, los grupos activistas ya mencionados, entre los cuales se encontraban Huitaca y Camino Claro, decidieron presentarse como “organizaciones sociales y personas independientes en activismo alrededor de la salud sexual y reproductiva” en el contexto de un comunicado para la opinión pública⁹. Para ellos, el texto del proyecto de Blel parecía “la Santa Inquisición” pues “toda la responsabilidad recaía sobre los médicos”, y no se evaluaban aquellas “causas estructurales de violencia obstétrica” (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021). Es decir, que el proyecto de ley señalaba la responsabilidad de los profesionales de la salud, sin intentar modificar las condiciones de este gremio, ya sean económicas, laborales o emocionales. En el comunicado, este colectivo solicita a los legisladores que, antes de hacer un proyecto de ley relacionado con la prevención y sanción de la violencia obstétrica, se promuevan los siguientes puntos:

1. (...) espacios de diálogo, discusión y debate con todos los actores involucrados en la problemática referida: (...) las usuarias del sistema que se han identificado como víctimas de violencia obstétrica y que manifiestan daños sobre su salud y la de sus hijos por la misma, (...) el Talento Humano en Salud que se involucra con las mujeres, [desde los médicos hasta las parteras y doulas], (...) las facultades de medicina, (...) las organizaciones de sociedad civil que trabajan para visibilizar y prevenir la violencia obstétrica (...) y que firman el comunicado, y que vienen desarrollando activismo político (...), investigaciones académicas y eventos, y [...], el Ministerio de Protección Social.

⁹ Anam Cara, Observatorio de Violencia Obstétrica, Luna Gestante, Mujeres Gestantes de Paz, Katoni Puro, EMESFAO, APAPACHOA, Acunando, y Huitaca, Camino Claro (Huitaca, 2018).

2. Reconocimiento de la evidencia científica generada por estudios hechos en Colombia, (...) pues solo se contemplan enunciados estadísticos de mortalidad materna sin contemplar la morbilidad de la violencia ginecobstétrica en las mujeres y sus hijos. Además, se presentan pronunciamientos de organismos internacionales que no muestran la realidad del país.
3. Realizar estudios intersectoriales (...) que definan en consenso social amplio el concepto de violencia gineco-obstétrica para el país y se haga una caracterización (...) definir fórmulas de atención, sanción y reparación de la violencia sufrida.
4. Es preocupante que se propongan sanciones al Talento Humano en salud adjudicándoles la responsabilidad, [desconociendo] los factores que enmarcan el ejercicio profesional y la laboral (...): las condiciones laborales injustas (...), la remuneración injusta (...), las jerarquías entre los profesionales (...), los turnos extenuantes (...), [el currículo culto de las facultades], y la ausencia del Estado en algunos territorios del país.
5. Tener en cuenta la violencia obstétrica en situaciones de aborto, ya sea voluntario o espontáneo, más allá de las dilataciones en los procesos administrativos. (Huitaca, 2018)

Adicionalmente, el colectivo estableció que:

Su postura [como grupo] siempre es privilegiar la fisiología y los tiempos de cada mujer. En cambio, en el proceso asistencial prevalece la estructura y los tiempos de cada institución, los turnos de los profesionales, y la formación que reciben los estudiantes y residentes, y esto es problemático. (Huitaca, 2018)

Otro comentario que llama la atención dentro del comunicado es la preocupación que expresa este colectivo sobre la procedencia de la proponente Nadia Blel, pues representa la estructura electoral de su padre, un político procesado por parapolítica, lo cual consideran incoherente teniendo en cuenta el trabajo de prevención y sanción social representado el colectivo (Huitaca, 2018).

Tiempo después, Castillo, Bueno, Enciso y Jojoa también celebraron una reunión con la unidad legislativa de Blel y realizaron comentarios al contenido de la *Ley de Violencia Obstétrica*. En esa reunión, las expertas argumentaron que era necesario ampliar las nociones para que abarquen no solo las prácticas que deben evitar los médicos, sino también aquellas correspondientes a otros profesionales y, especialmente, a todo el sistema de salud. También sugirieron que la penalización debía ser una decisión exclusiva de los tribunales de ética profesional (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

La controversia del documento relacionado al Proyecto de Ley número 147 de 2017 abrió una discusión alrededor del abordaje de la violencia obstétrica. Enfrentando la reglamentación tan punitiva en ese texto, varios grupos cuestionaron por qué este debía ser inquisitivo, en vez de ser construido alrededor de la academia y las mujeres. Aunque este Proyecto fue archivado eventualmente por superar el tiempo estipulado para ser aprobado, su

contenido inspiró una mayor participación por parte de colectivos interesados en promover cambios en la asistencia del parto y en las prácticas contempladas por el parto humanizado, intereses que se verían reflejados en el siguiente manuscrito de ponencia de la *Ley de Parto Humanizado*. (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

Parte III - La Audiencia Pública en relación al Proyecto de Ley número 063 de 2017 y el Anuncio de un Movimiento.

Los ponentes para el segundo debate y la invitación a una audiencia pública:

Volviendo al Proyecto de Ley número 063 de 2017, el hecho de ser aprobado en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes permitió su paso a la siguiente fase del trámite legislativo: el debate en la Cámara en sesión plenaria. Para este debate, la Comisión Séptima designó al médico gineco-obstetra Jairo Cristancho Tarache del Partido Centro Democrático, al médico auditor Carlos Acosta Lozano del Partido Colombia Justa Libres y a Juan Carlos Reinales Agudelo del Partido Liberal como representantes ponentes para el segundo debate (Cristancho et al., 2018). Originalmente, este equipo recibió quince días de plazo para entregar el documento de ponencia para el debate. A diferencia del Proyecto de Violencia Obstétrica, los congresistas solicitaron convocar una Audiencia Pública para escuchar la opinión de los referentes en el tema de *parto humanizado* sobre el proyecto de ley, antes de pasar un nuevo manuscrito al Congreso, pues era importante “contar con el aval de estas instituciones” (Cristancho et al., 2018; Cristancho, 2018).

El 22 de agosto de 2018 se programó este evento que amplió el subsistema alrededor del proyecto de ley con la invitación a instituciones de diversos sectores que podrían tener interés en el tema como el Ministerio de Salud y Protección Social, agremiaciones médicas como FECOLSOG, la Asociación Colombiana de Neonatología, la Organización Colegiada de Enfermería, entidades privadas como Profamilia, y a grupos de partería y organizaciones de mujeres (Organización Nacional de Indígenas de Colombia, 2018). Representantes de instituciones universitarias como la Universidad Nacional y la Universidad de la Sabana fueron invitados de acuerdo con los estudios realizados por las unidades académicas interdisciplinarias presentes en sus campus como la Escuela de Estudios de Género y el Instituto de la Familia, respectivamente. Este último instituto se caracteriza por ofrecer varios servicios enfocados al cuidado de la sexualidad y la fertilidad natural.

Como se invitaron a “organizaciones de mujeres”, durante los días previos a la Audiencia, los grupos que habían participado en conjunto para comentar sobre la *Ley de Violencia Obstétrica*, de nuevo se movilizaron para el proyecto de parto humanizado, haciendo visible su unidad en las redes sociales¹⁰.

Nos hemos unido con otras organizaciones sociales y personas independientes interesadas en hacer incidencia política en asuntos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, [con quienes] hemos trabajado por una gestación, parto y posparto respetado. Este Proyecto de Ley lo vemos como una oportunidad para poner sobre la mesa la necesidad de que las mujeres puedan decidir sobre cómo, en dónde y con quién quieren estar en ese camino de la maternidad (...) Haremos eco desde donde estemos por una ley donde parir y nacer en paz sea nuestro derecho y una realidad. (Melo, 2018)

La audiencia pública en relación con la *Ley de Parto Humanizado* permitió un espacio de discusión para todo el subsistema. Sin generar polémica por haber ignorado a los sectores como la *Ley de Violencia Obstétrica*, el Proyecto de Ley número 063 de 2017 no solo se nutriría de las intervenciones de los participantes, sino también del contacto permanente con grupos sociales específicos que empezarían identificándose como un movimiento único para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones en la Audiencia Pública.

Algunas declaraciones de los asistentes durante la Audiencia Pública fueron mencionadas en el documento para la segunda ponencia publicado meses después. Estas menciones no incluyen el nombre propio del asistente y solo señalan las generalidades de intervenciones que se destacan por ir en línea con lo ya considerado como prioridad en los documentos anteriores, así como en los conceptos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Un emisario del ministerio mencionado manifestó su apoyo a la iniciativa pero indicó que parte de las intenciones del proyecto ya estaban contempladas en la normatividad ya expedida por la entidad; los representantes de la Universidad Nacional propusieron tener en cuenta el carácter natural del parto, el contexto del embarazo y todos los determinantes de mortalidad para el análisis de la iniciativa; las organizaciones de partería asistentes a la audiencia, citadas de forma inespecífica en el

¹⁰ Entre los grupos que firman este comunicado, se encuentran: Huitaca, OSSR, ASOPARUPA Apapachoa (Red de parteras del Chocó, Emesfao, Mujeres Bachué, Mujeres Gestantes de Paz, Parto ConSentido, Parteras y Doulas (Bogotá/Colombia), Yehimy Aguilera Sarmiento, Ascofi Colombia, Bxisqua: Plantar y Parir, Fundación Camino Claro, Acunando - Corporación para la Gestación, Parto y Crianza, Asociación Parir en Paz (Melo, 2018).

documento, propusieron el respeto por las tradiciones de cada cultura e hicieron énfasis en la desigualdad inherente al sistema de salud; finalmente, las doulas instaron al buen trato y el acompañamiento emocional de la mujer materna (Cristancho et al., 2018).

De las intervenciones registradas en prensa y redes sociales se destacaron aquellas de Elisa Jojoa Tovar y Liliana Castro Morato, representantes de la Organización Colegiada de Enfermería y la Fundación Camino Claro, también parte del colectivo que opinó sobre la *Ley de Violencia Obstétrica*. Jojoa invitó a no olvidar el rol que tienen los profesionales de enfermería en la atención de la madre y el bebé. También advirtió que asumir las premisas del proyecto de ley sería difícil debido a limitaciones en la infraestructura del sistema de salud que no garantizan la intimidad de la paciente: el volumen de mujeres a atender en espacios reducidos, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, entre otras circunstancias. Sobre el concepto de *parto humanizado*, Jojoa (2018) declaró que:

Se requiere incorporar el concepto de “parto respetado” [pues] al contrario de “parto humanizado”, [porque este] trasciende el ámbito institucional, involucrando con ello los procesos familiares y comunitarios, (...) [y] un abordaje desde el ejercicio de los derechos de las mujeres y de los derechos sexuales y reproductivos (...) Aquí el rol del equipo de salud es garantizar que las prácticas o intervenciones sean realizadas desde la evidencia científica solo cuando sean necesarias y no sistemáticamente. El Parto [tiene] sentido desde un proceso fisiológico normal para el cual la mujer [debe estar] preparada para brindar consentimiento a los procedimientos e intervenciones que le realizan, considerando su capacidad de decisión y autonomía. Asumir el concepto de “parto respetado” implica también la necesidad de introducir desde los procesos formativos del personal de salud la comprensión de los procesos fisiológicos, psicológicos y emocionales del parto y su impacto en el recién nacido en el corto y largo plazo. (Jojoa-Tovar, 2018)

La declaración de Jojoa hace referencia al parto respetado como un proceso que integra los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque comunitario, donde la mujer es tratada como una persona sana que está informada sobre los procedimientos a los que será sometida y que conserva su autonomía durante el parto. Según ella, esto requiere que los equipos de salud entren a dialogar con los saberes ancestrales de cada contexto, y que se hagan las adecuaciones culturales para lograr una mayor aceptación de la atención en salud por parte de los grupos étnicos minoritarios, en los cuales la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal son más altas (Jojoa-Tovar, 2018). Por último, Jojoa también hizo referencia al derecho que tienen las mujeres de “recibir asistencia psicosocial cuando lo requiera”, agregando que:

Se hace necesario ampliar los alcances [del artículo] de tal forma que todo el equipo de salud desarrolle competencias y habilidades que le permitan brindar un cuidado integral a las mujeres con duelo gestacional o perinatal (Jojoa-Tovar, 2018).

En su locución, Liliana Castro Morato, psicóloga y promotora de Salud Mental desde lo perinatal y representante de la Fundación Camino Claro, se refirió al proyecto de ley como “necesario” y dirigido a “disminuir las brechas y la relación de poder entre los que saben y la que se supone que no sabe”. En este contexto las mujeres son vulnerables dentro de un sistema de salud que “tiene una mirada muy patriarcal, de poder y de conocimiento”, y que son sometidas a procedimientos realizados en su cuerpo, el cual es un “territorio de derechos humanos”. Castro (2018) resaltó la importancia del consentimiento de la mujer durante el parto:

Quisiera resaltar la importancia de que las mujeres desde la etapa pregestacional sean informadas y (...) sean empoderadas en razón de que sean participantes, protagonistas y que tomen con autonomía decisiones sobre su cuerpo (...) El proyecto de ley, a nuestra mirada, pretende significar y dar ejercicio la autonomía a la mujer que es la dueña de su parto, porque en esa medida ella tiene voz, voto y participación sobre cómo quiere parir a sus hijos. (Castro-Morato, 2018)

Castro Morato complementó su discurso comentando sobre un estudio intersectorial realizado en Santander con participación de Camino Claro destinado a identificar violencia de género durante la atención al parto y la interrupción voluntaria del embarazo. Se demostró que los derechos de las mujeres son vulnerados al existir violencia física y psicológica durante el trabajo de parto y posparto. Los partos no progresan, no porque la mujer no pueda parir, sino porque se ha interrumpido el procedimiento. Esto hizo que los investigadores vieran como necesario revisar la evidencia alrededor de como “un embarazo traumático impacta las estadísticas de lactancia materna y el apego temprano, y la crianza” (Castro-Morato, 2018). La intervención de Castro Morato parece enmarcada en la resistencia que se ha venido gestando en contra de la medicalización del parto desde hacía cuarenta años y hace énfasis en las consecuencias que esta conlleva en la madre.

Finalmente, Castro Morato (2018) se refirió a los intereses del colectivo que hacía activismo durante la sesión:

El conglomerado del movimiento quiere que esta ley sea estudiada, que sean incluidas las mujeres y sus experiencias, dado que son las mujeres las que debemos levantar la voz. Somos nosotras las que parimos y somos nosotras las que decidimos. (Castro-Morato, 2018)

El texto de la ponencia para el segundo debate destaca los comentarios de grupos particulares como el Instituto de Familia de la Universidad de la Sabana y el Grupo Vida Por Familia, organizaciones de orientación o principios religiosos. El Instituto de Familia sugirió posicionar a la madre y al recién nacido como sujetos de derechos beneficiados por la ley, estableciendo que la ley podía reconocer los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y posparto (Cristancho et al., 2018: 11). Adicionalmente, se sugieren otros derechos que permitan la protección de la persona por nacer, independientes de sus características genéticas:

Ninguna disposición de la presente ley podrá interpretarse como si confiriera al Estado, a un grupo o un individuo, un derecho cualquiera a ejercer una actividad o a realizar un acto que vaya en contra de los derechos humanos y las libertades fundamentales de cualquier ser humano, de modo independiente a las etapas y circunstancias de su ciclo vital que inicia con la concepción y termina con la muerte natural. (Cristancho et al., 2018: 11)

Esta intervención parece querer transformar el propósito de la *Ley de Parto Humanizado* comportándose como una contradicción a la sentencia C-355 de 2006 que permite el aborto en condiciones especiales tales como la presencia de malformaciones genéticas en el feto y el riesgo en la vida de la madre (Cristancho et al., 2018). Otras recomendaciones del Instituto de Familia están dedicadas a instar el deber que tiene el Estado de realizar cátedras de sexualidad y afectividad en todas las edades y de prohibir el aborto “como alternativa que no es terapéutica sino lesiva para salud y la vida de las mujeres y sus hijos, y que afecta negativamente las relaciones entre los miembros de la familia como unidad básica de la sociedad, y a la sociedad misma” (Cristancho et al., 2018: 14). Por otra parte, el Grupo Vida por Familia alertó sobre la necesidad de suprimir el derecho a decidir sobre las alternativas que las mujeres tienen disponibles durante la atención del embarazo porque dentro de estas podría considerarse el aborto (Cristancho et al., 2018).

Programar una Audiencia Pública para discutir el contenido del Proyecto de Ley 063 de 2017, demostró la responsabilidad de los Representantes Cristancho, Acosta y Reinales con el proyecto, al organizar un espacio para valorar la participación de las sociedades civiles como un insumo para fortalecer los argumentos del proyecto. Su llamado fue recibido por un colectivo que venía formándose por motivo de la *Ley de Violencia Obstétrica*. Locuciones como las de Jojoa Tovar y Castro Morato reflejan las exigencias de incluir a la mujer en la planeación de su parto, mitigar las consecuencias de una atención del parto medicalizado y de salvaguardar los derechos sexuales y reproductivos. Los grupos mencionados que poseían una afiliación religiosa o conservadora, ejercieron tensión en el subsistema al expresar su

posición sobre el aborto en una ley no tenía ningún interés aparente en el mismo. Aunque su intervención fue tangencial demuestra un sistema de creencias muy diferente a aquellos de los grupos activistas, cuya visión para el proyecto prevalecería durante este periodo del trámite legislativo.

La intervención de los grupos civiles en el documento para la segunda ponencia.

Una segunda teoría aplicada en el presente análisis es la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux, la cual estudia cómo funcionan las coaliciones para lograr cambios en la política pública o para mantener el *status quo* (Breton et al, 2013). Las coaliciones se pueden entender como agrupaciones temporales de actores y organizaciones que buscan cumplir un objetivo en política pública, que cooperan o tienen conflictos en relación con sus recursos (Breton et al, 2013).

Como ya se mencionó previamente, las coaliciones pueden responder a los desafíos en tres dimensiones: las transacciones, las relaciones y los controles. El ámbito de las transacciones es cuando los miembros potenciales de la coalición sienten que será más beneficioso unirse como colectivo que lograr sus intereses por separado (Breton et al, 2013). A continuación, se profundizará acerca de la colaboración que surgió entre los grupos legisladores y sociales posterior a la Audiencia Pública, así como del fortalecimiento de las relaciones que se llevó a cabo dentro de los grupos sociales.

En septiembre de 2018, los grupos sociales y activistas que habían firmado el comunicado contra el proyecto de violencia obstétrica, y cuyos miembros participaron en la Audiencia Pública para la discusión del Proyecto de Ley 063 de 2017, fueron invitados para colaborar con la unidad legislativa de los ponentes para trabajar en un nuevo documento a ser sustentado en el segundo debate. Una de las participantes en las sesiones de trabajo con las unidades legislativas de los ponentes mencionó que:

Le dijimos a Cristancho que queríamos aportar, que queríamos que saliera este proyecto de ley (...) Logramos cuadrar ese espacio, conformamos un equipo y empezamos a revisar cada artículo. (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

Durante esta tarea de consultoría, el colectivo mencionado se empezó a llamar el **Movimiento Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva (MNSSR)**. En un documento de presentación, el movimiento es descrito como una red de 19 organizaciones de base social, profesionales de la salud, entre otras personas interesadas en acompañar los procesos políticos y sociales relacionados con la pregestación, el parto, el puerperio y el aborto en varias regiones del país. Este comunicado también se refiere a la difusión de piezas

comunicativas sobre sus iniciativas, a través de medios como la radio, televisión y redes sociales, así como sus vínculos con entidades oficiales como ONU mujeres, la Consejería Presidencial para la Equidad de la mujer y el Congreso de la República (MNSSR, 2018).

En una memoria publicada en 2021, el MNSSR cuenta que surgieron en mayo de 2018 como producto de una organización colectiva, que se venía gestando diez años antes mediante encuentros, talleres y conversaciones alrededor de la partería y el doulaísmo. Respecto a las dos leyes, la de *violencia obstétrica y parto humanizado*, el documento detalla que:

A raíz de un proyecto de ley sobre violencia obstétrica, propuesto en el Senado, y en vista que no contó con la participación de ninguna de las organizaciones civiles, o personas independientes que han trabajado por décadas este tema, la colectiva Huitaca propuso (...) publicar un comunicado en rechazo a este proyecto, haciendo un llamado a estas organizaciones y personas; fue así como, a partir de estas discusiones evidenciamos la necesidad y la posibilidad de robustecer nuestras voces y dimos el primer paso para convertirnos en lo que somos hoy: un movimiento social nacional. Con la noticia de un segundo proyecto de ley Parto Humanizado presentado desde la Cámara de Representantes, nos dimos a la tarea de comenzar a incidir políticamente sobre estos temas, a participar en conversatorios para visibilizar la partería, el doulaísmo y la violencia ginecobstétrica. (MNSSR, 2019)

La formación del MNSSR evidencia que varios grupos que trabajaban por separado encontraron que era más conveniente para sus intereses trabajar como un colectivo más grande y lograr que sus intereses tuvieran lugar en la discusión de la política pública. Del mismo modo, es posible suponer que los legisladores también encontraron que era una ventaja contar con la experticia de estos grupos para así lograr la aprobación de un proyecto de ley que tuviera una perspectiva más completa sobre la salud sexual y reproductiva.

Una nueva exposición de motivos.

La segunda dimensión importante para las coaliciones, según el marco teórico de Lemieux, se refiere al control que tienen las coaliciones sobre los recursos que tienen disponibles para cumplir su objetivo. En el caso del MNSSR, una de sus mayores contribuciones para la coalición era el estado del arte que estaban recogiendo como colectivo, es decir, el material bibliográfico, científico, legal y académico, que venían acumulando durante años de activismo y acompañamiento a la población gestante:

[Veníamos] construyendo un estado del arte con los documentos académicos sobre partería y violencia obstétrica que [constituían] un gran insumo, no solo de consulta, sino que

además ofrecen elementos para que la institucionalidad y otras organizaciones [pudieran] escuchar las voces de las mujeres y cuerpos que gestan y de ahí legislar sobre estos temas. (MNSSR, 2021)

Algunos miembros del MNSSR se reunieron con las unidades legislativas de los ponentes para preparar el documento para la segunda ponencia del Proyecto de ley 063 de 2017. De su trabajo en conjunto, un primer cambio a destacar es el nuevo nombre de la propuesta: Ley de Parto Digno, Humanizado y Respetado. El articulado de esta versión del proyecto define este como:

El parto vaginal o cesárea en el cual se respeta la fisiología y ritmo del proceso, y se interviene solo de ser necesario con base en la evidencia científica actualizada y en las condiciones particulares de salud, se identifican, comprenden y respetan los aspectos socioculturales de la mujer, se le brinda apoyo emocional, se le da poder de decisión, y se le garantiza su autonomía y privacidad, con un enfoque holístico y basado en el respeto por los derechos humanos¹¹. (Cristancho et al, 2018: 5).

A partir de esto, esta nueva versión del proyecto expuso que su objetivo era garantizar maternidades seguras y satisfactorias, respetuosas de la diversidad cultural de las mujeres, de acuerdo con las diferentes formas de habitar cada territorio. La iniciativa fue presentada entonces como una herramienta jurídica y legal que habría de facilitar una atención adecuada en salud y un acompañamiento psicosocial durante el parto, sin que esto representara la reproducción de desigualdades sociales, fortaleciendo así la relación entre las mujeres y los agentes de salud (Cristancho et al., 2018).

A diferencia de las versiones anteriores del Proyecto de Ley, que ignoraban los avances en la legislación colombiana sobre parto humanizado, el informe para la segunda ponencia enmarcó los contenidos del proyecto dentro de los preceptos de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los cuales promueven un enfoque de derechos para promover el bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y garantizar una atención

¹¹ Siguiendo las recomendaciones de la OMS, dentro del derecho a un parto humanizado y respetado, se promueven prácticas de obligatorio cumplimiento tales como: a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica; b) Monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto; c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico., durante el trabajo de parto y posparto; d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto; e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto; f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros (Cristancho et al., 2018).

integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de género y diferencial. (Cristancho et al., 2018: 6).

La ponencia cita además las acciones que configuran violencia hacia la mujer, citando la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal que, como ya se mencionó anteriormente, define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a las mujeres y se recomienda a los prestadores de servicios de salud que erradiquen cualquier conducta institucional que configure violencia contra la mujer (trato indigno, violencia psicológica, negligencia, omisión en la atención, discriminación por razones de género, clase, etnia y discapacidad, entre otras) (MinSalud, Resolución 3280/2018).

A partir de este lineamiento, el texto de ponencia argumenta que el significado del parto está directamente relacionado con las condiciones económicas, con el nivel educativo y con las creencias y los valores culturales, y que esta experiencia puede verse comprometida por una medicalización excesiva que vulnera la capacidad de la mujer para dar a luz (Cristancho et al., 2018: 6-7). Para soportar esta posición se cita el documento de la OMS (2016) “Cuidados durante el parto para una experiencia positivas del parto” e investigaciones realizadas en el ámbito académico y científico que registran la realización de estas prácticas y su relación con situaciones de maltrato emocional y abuso de medicalización, las cuales son más pronunciadas en personas con vulnerabilidad económica y ascendencia indígena y afro. (Monroy, 2012; Jojoa-Tobar, 2016; Organización Mundial de Salud, 2016; Mejía Merino et al, 2018). Finalmente, se listan una serie de prácticas medicalizadas que no muestran utilidad y que afectan a las mujeres¹² (Cristancho et al., 2018: 7).

A lo largo de la exposición de motivos del informe para la segunda ponencia del Proyecto de Ley número 063 de 2017, el MNSSR logró justificar la necesidad del proyecto de ley, no presentándose como una forma de reducir la mortalidad materna, sino como una

¹² No se recomiendan las siguientes prácticas: negar el movimiento de la mujer en el trabajo de parto y limitar este trabajo a la cama; usar la monitoria fetal de manera permanente sin diagnóstico de enfermedad en el feto; no ofrecer alimentos y líquidos durante el trabajo de parto; no ofrecer la posibilidad de acompañamiento por una persona elegida por la mujer; realizar inducción artificial del trabajo de parto; colocar analgesia peridural cuando la mujer no la ha solicitado por dolor; realizar rotura de membranas uterinas de manera artificial (amniotomía); realizar episiotomía rutinaria; parto en posición horizontal o de litotomía sin facilitar las necesidades de la mujer en este momento; limitar los tiempos naturales del trabajo de parto cuando la mujer y el feto presenten una adecuada salud; hacer tactos vaginales de rutina por horarios pre establecidos y sin el consentimiento de la mujer; presión física por parte del personal de salud en el fondo del útero (maniobra de Kristeller); controlar, dirigir, presionar el pujo de la mujer en la fase expulsiva del parto, sobre todo cuando ella no tiene anestesia peridural, ignorando el proceso fisiológico en este momento; usar fórceps solo por profilaxis o prevención; después del nacimiento cortar inmediatamente el cordón umbilical sin esperar a que deje de pulsar lo cual afecta la salud del recién nacido; separar a la mujer del recién nacido después del nacimiento ignorando la importancia del contacto piel contra piel y la lactancia materna temprana en la primera hora de vida; dar fórmula láctea al recién nacido cuando no sea necesario médicamente y sin el consentimiento de la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2019).

herramienta que habría de fortalecer los servicios en salud obstétrica, que pone a las mujeres como el centro de una atención basada en sus necesidades sociales y culturales y que rechaza la medicalización excesiva del parto. Toda esta conceptualización fue posible gracias a la presentación de insumos académicos y oficiales que justifican la posición de los legisladores y el movimiento.

Nuevos derechos

Con la intervención del MSSR, el proyecto de ley profundizó en un aspecto importante para las versiones anteriores del documento que fue tratado de forma superficial: el enfoque diferencial. Esto se materializa en el derecho a “recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud” (Cristancho et al., 2018).

Según el informe de ponencia, el enfoque diferencial “constituye una estrategia central para lograr las garantías del derecho a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva” (Cristancho et al., 2018). Esto permitiría contribuir a la operativización de las adecuaciones culturales de los servicios de salud, particularmente en la atención del embarazo, parto y posparto, sin olvidar la vulnerabilidad psíquica y biológica inherentes a este, y factores de riesgo como el embarazo no deseado, la violencia intrafamiliar. El enfoque favorecería los diálogos de saberes entre el sistema de salud y el sistema médico tradicional. Con este nuevo enfoque, se establece que sería posible incidir positivamente en los indicadores de mortalidad materna y perinatal de los grupos étnicos, disminuir las tensiones entre los sistemas médicos, y garantizar el derecho a la salud para los grupos étnicos minoritarios. (Cristancho et al., 2018).

Respecto al catálogo de derechos, el documento para la ponencia del segundo debate modifica y crea artículos para ajustarse al enfoque diferencial y, al parecer, reflejar algunas de las causas de activismo del colectivo. Estos derechos expresan también el interés de prevenir acciones de violencia durante la atención del parto, y la intención de mejorar la comunicación con los agentes de salud y mitigar el efecto de las intervenciones médicas realizadas sin indicación clara. Entre los nuevos derechos se destacan:

- A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.

- A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.
 - A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social
 - A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.
 - A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.
- (Cristancho et al., 2018)

Una particularidad del informe para la segunda ponencia es la presentación de conceptos como *duelo gestacional* y *duelo perinatal*, conocidos como el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación, o el trabajo de parto, parto y posparto, respectivamente (Cristancho et al., 2018). El proyecto establece que, en el caso de estos eventos, las madres tienen derecho a ser acompañadas por un equipo interdisciplinario formado en duelo, así como el derecho a recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial. (Cristancho et al., 2018).

La última dimensión importante para las coaliciones, según el marco teórico de Lemieux, es la calidad de las relaciones que forman dentro de la coalición. La coalición está formada por actores que tienen ideas similares e ideologías y que están dispuestos a trabajar entre sí. Solo se pudo dar cuenta de una fricción entre el MNSSR y los legisladores, debido al apartado de *duelo gestacional* y la iniciativa de dar atención a cualquier mujer que lo sufriera. Los miembros del MNSSR que participaron en la redacción del documento debieron modificar la redacción y la forma en la que sus intereses se veían reflejados allí para mediar con las creencias de los otros miembros de la coalición y evitar que su contribución fuera suprimida. Una de ellas recuerda que:

Uno tiene que hilar muy fino, pues los congresistas también tienen sus principios (...) Teníamos que pensar que decir para que no nos devolvieran los documentos. Cuando se agregó el tema de la atención a las mujeres que sufrían un aborto o una pérdida, un representante comentó que esto no podía ir en la ley porque era un beneficio para las mujeres que abortaban (...) Entonces tuvimos que cambiar esto e irnos por el término de duelo gestacional (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

Esta fue la única resistencia que recibió el proyecto desde adentro de la coalición entre los equipos de los congresistas y los miembros del MNSSR que hicieron consultoría al Proyecto de Ley. A pesar de este conflicto, se hicieron modificaciones que resultaron en la atención del *duelo gestacional* como uno de los derechos a los que podían haber accedido las mujeres en su posparto, de haberse aprobado el proyecto. Esto evidencia que dentro de los miembros de la coalición entre legisladores y representantes del MNSSR se permitieron espacios de negociación para discutir sus intereses y desacuerdos y llegar finalmente a acuerdos.

Claro está que no todo pudo incluirse dentro de la nueva premisa del proyecto. Un miembro del MNSSR sintió que un tema importante para el enfoque diferencial era tener en cuenta la diversidad sexual e incluir otras concepciones de maternidad más allá del sexo, no obstante, este tema no alcanzó a ser discutido (No. 2, comunicación personal, 23 de abril de 2021).

Los deberes del Estado

Un apartado final incluido en el documento para la segunda ponencia es aquel de los *Deberes de Estado*, sección que no traían las versiones previas del Proyecto de Ley 063 de 2017. Aquí se establece que el Estado no solo debe garantizar el catálogo de derechos, sino que tiene que asegurar la eficacia y el desarrollo de la ley, promoviendo una atención continua por parte de las instituciones prestadoras de salud, particularmente en el ámbito de los controles prenatales. Se solicitó también que la atención en salud prenatal y de los recién nacidos estuviera liderada por un equipo de salud permanente e interdisciplinario, garante de una atención digna y segura a las madres y sus hijos. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación habrían de encargarse de promover la formación de los agentes de salud en atención de la mujer en gestación y parto y el recién nacido según un enfoque diferencial, así como de la actualización de sus guías de práctica clínica. Asimismo, estas instancias tendrían la obligación de crear los mecanismos de divulgación de la ley (Cristancho et al., 2018).

Adicionalmente, los ministerios mencionados tendrían que apoyar los procesos de formación de las parteras a lo largo del territorio nacional, desarrollando estrategias para certificar su calidad, asegurándose de que tuvieran los recursos para referir cualquier caso a una atención de mayor nivel. Esto demostraría la voluntad de respetar los quehaceres y creencias de las parteras y desarrollar estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de la partería, al mismo tiempo que se garantiza que cualquier embarazo de alto riesgo sea atendido por personal especializado también según las necesidades y las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido (Cristancho et al., 2018).

Este último apartado mencionado es otro de los aportes más importantes de la coalición entre legisladores y activistas. Ni en el primer borrador del Proyecto, ni en el documento para la Primera Ponencia, se establece que el Estado tenga deberes más allá de garantizar el catálogo de derechos. En esta versión del Proyecto de Ley número 063 de 2017, el Estado tiene que construir unos mínimos para la atención de la gestante según un enfoque diferencial y multidisciplinario, que incluya también la protección de saberes tradicionales como la partería, para que de esta manera se facilite el cumplimiento de la norma que se está proponiendo. En una nota periodística, el congresista Juan Carlos Reinales comentó que:

Hemos evidenciado que la almendra del problema no está en la ausencia de la norma. No está en que exista o no legislación. Está en que no tenemos infraestructura para atender adecuadamente a las madres gestantes. Está en que no tenemos un recurso humano capacitado en muchos centros asistenciales del país, donde ni son profesionales, ni están en la cantidad que se necesitan para llevar a cabo una buena atención de los partos. Está en que los presupuestos son cada vez más escasos, en que la ley 100 no le da garantías a las madres para que la norma se aplique adecuadamente. (NCR, 2018 citado por Cristancho, 2018)

Con la ponencia para el segundo debate en la Cámara de Representantes, la *Ley de Parto Humanizado* demostró aprovecharse de la diversidad que poseía el subsistema al que pertenecía. La experiencia de grupos de mujeres profesionales provenientes de varias disciplinas y agremiadas bajo un solo colectivo, sumada al Congreso como un espacio para promover sus intenciones en relación con la atención del parto, resultó en una versión del proyecto de ley que se diferenció totalmente de sus predecesores. Este documento no es la enunciación y la repetición de intentos de leyes pasadas o internacionales, sino un proyecto que parte de un enfoque diferencial para proteger a la madre durante el parto, promover la actualización académica de los profesionales en esta visión y proteger las prácticas tradicionales.

Parte IV: Ponencia para el Primer Debate en el Senado

El 4 de diciembre de 2018 se celebró el segundo debate con la Cámara en sesión plenaria. Durante la discusión, los ponentes ahondaron más en los deberes estatales ministeriales de garantizar la gestión de conocimiento entre pares, en diseñar programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna centrándose en la seguridad de la atención y en reglamentar las condiciones necesarias y adecuadas para la atención de las maternas y del recién nacido. De esta manera se evitarían la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto. También se comentó sobre los requisitos de suficiencia del talento humano en salud en las salas de partos, los parámetros técnicos referentes a tiempos, números y complejidad de pacientes y los requerimientos de infraestructura necesarios en cada institución que permitieran garantizar la intimidad de las usuarias y las gestantes, acompañamiento, y accesos a analgesia y anestesia (Cámara de Representantes, 2018).

Cuando el proyecto fue aprobado, el representante Jairo Cristancho tomó la palabra para:

Agradecerles a las fundaciones, a la participación de las mujeres del Chocó, a las fundaciones que representan a las comunidades indígenas. Ellas como tal tienen una forma diferente de tener su parto, se tuvo en cuenta respetar esa parte psicológica, emocional y cultural. Hoy le estamos diciendo a las mujeres en Colombia que todas tienen un derecho de una anestesia, analgesia peridural, que todas tienen un derecho a un trabajo de parto digno, que todas tienen un derecho a que haya un acompañamiento, es algo que desafortunadamente tal vez se presenta en los estratos altos y es que la evidencia clínica nos dice que las mujeres con bajos estratos socioeconómicos, las más pobres, las mujeres adolescentes y las mujeres con embarazo de alto riesgo son las que más se complican y tienen más partos deshumanizados. (Cámara de Representantes, 2018: 18)

Por último, advirtió que el proyecto no buscaba restar autonomía al gremio médico, sino permitir que estos actúen siempre en diálogo con la paciente y en diálogo con los familiares, y que existe la “posibilidad de una relación médico-paciente”. El proyecto fue eventualmente aprobado y pasaría a ser discutido en el Senado. El MNSSR celebró la aprobación del proyecto de ley y, aunque el movimiento no había sido acreditado por su participación en la redacción del proyecto, tiempo después recibieron una constancia de que lo habían hecho (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

En este punto del trámite legislativo, se hacía urgente la aprobación del proyecto pues ya casi se cumplían dos años desde su inscripción en el proceso. La ley 5 de 1992, la cual reglamenta el Congreso de la República, en su artículo 190, establece que ningún proyecto de

ley ha de ser valorado en más de dos legislaturas, el Proyecto de Ley 063 de 2017 corría el riesgo de ser archivado ya que estaba a punto de cumplir este tiempo.

La exposición de motivos.

Para la realización de la ponencia para el primer debate en el Senado, la Comisión Séptima de dicha institución designó a la Senadora del Partido Liberal Laura Ester Fortich Sánchez como ponente. Esta versión del proyecto fue difícil de valorar pues solo se poseía el documento de ponencia para indagar sobre las motivaciones de Fortich en el proyecto. Cabe destacar que la redacción de este documento no contó con el apoyo del MNSSR. Si bien no se conocen las razones de ello, una de las colaboradoras entrevistadas refiere que la participación del colectivo solo estuvo relacionada al grupo de ponentes de la Cámara encabezado por Jairo Cristancho (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

El documento acreditado a Fortich elimina la exposición de motivos realizada en conjunto por el MNSSR y las unidades legislativas de los ponentes en Cámara. Mientras que el borrador anterior exponía la normatividad vigente en materia de las rutas de atención en salud reproductiva, este nuevo borrador parte del deber que tiene el Estado de proteger a las mujeres gestantes y a los recién nacidos, teniendo en cuenta su debilidad manifiesta; ya sea porque la Constitución lo expresó o porque se ratificó en convenciones internacionales firmadas por el país, como la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Fortich, 2019).

De esta convención en particular, se cita el deber de los Estados de abstenerse de cometer violencia contra la mujer y velar por que sus funcionarios, personal e instituciones se comporten en conformidad con esta disposición, creando legislaciones dirigidas a erradicar la violencia contra la mujer. Finalmente, el informe para la Primera Ponencia en el Senado realizó modificaciones al objeto de la ley agregando la necesidad de “garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional en salud” durante el parto (Fortich, 2019).

La exposición de motivos de este informe de ponencia trata sobre el maltrato que sufren las mujeres durante el parto denominado *violencia obstétrica*, siendo la primera aparición directa del término en el trámite legislativo del Proyecto de Ley número 063 de 2017. Se citan documentos realizados por la ONU como *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar* donde se reconoce la violencia obstétrica como la violencia en contra de las mujeres y se recomienda la aplicación de medidas específicas

para prevenir esta situación a través de espacios institucionales adecuados para recibir información y atención (Fortich, 2019). Pese a este reconocimiento, el término de *violencia obstétrica* no hace aparición en el articulado, el cual se mantiene igual al documento para la segunda ponencia en la Cámara de Representantes (Fortich, 2019).

Dentro de las particularidades de esta versión del proyecto de ley, la exposición de motivos rechaza la medicalización, estableciendo que la mujer es la protagonista de su parto y el articulado adiciona el término de diversidad funcional para que se incluyera aquellas personas con limitaciones auditivas, físicas, mentales, etc (Fortich, 2019). Es notable que el documento no elimina el apartado de Deberes del Estado, y se limita a realizar cambios muy puntuales en su redacción notorios dirigidos a permitir autonomía al sistema de salud y sus entes reguladores y así facilitar la aplicación de la ley (Fortich, 2019).

A la espera de ser debatido en el Senado, el Proyecto de Ley número 063 de 2017 fue archivado el 20 de junio de 2019 al haber superado el tiempo establecido para su aprobación. Según las miembros del MNSSR entrevistadas, la reglamentación de la Jurisdicción Especial para la Paz, así como otras contingencias enfrentadas por el Congreso, jugaron en contra de la *Ley de Parto Humanizado*, al ser más “prioritarios” para una rama legislativa también muy comprometida por su burocracia (No. 2, comunicación personal, 23 de abril de 2021).

Sobre las enseñanzas que sacaron de la experiencia de participar en la creación de un proyecto de ley, una miembro del colectivo reflexiona:

La fuerza que pueden tener los movimientos sociales, de poder incidir, tener ese nivel de injerencia que tuvo el movimiento. Es una buena experiencia. Lo volvería a repetir. Si bien no quedó, que lo hayan aprobado en la Cámara fue un logro. Fue poner la voz de las regiones. En la capital se legisla para la capital, se desconocen las dinámicas de la periferia. Que tenemos parteras, que tienen prácticas tradicionales. Esas prácticas [deben respetarse], pues esto afianza nuestra identidad sea indígena o afro. Estamos despreciando los conocimientos tradicionales, tienen tantas historias de violencia obstétrica que ya no van al hospital. Es necesario que la voz de las regiones quede representada. (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

El último periodo del trámite legislativo de la *Ley de Parto Humanizado* se caracteriza por una crisis en el subsistema. Se logró una coalición entre legisladores y un movimiento que representaba mujeres que buscaban incidir en la atención del parto desde distintas áreas. Al llegar al Senado, el subsistema perdió su diversidad pues allí se redactó un documento que ignora el trabajo realizado para sustentar el articulado del proyecto. Otro evento externo que posiblemente incidió en el fracaso del proyecto fue el continuo aplazamiento de su debate en

el Senado, lo cual facilitó que la *Ley de Parto Humanizado* fuera archivada casi un año y medio después de su aprobación en la Cámara de Representantes. A esto se le suma a la disminución de la prioridad del proyecto de ley en la agenda del Congreso comparado al Acuerdo de Paz (No. 1, comunicación personal, 22 de abril de 2021).

En este punto de la historia, la teoría del MCA puede servir como insumo para generar conclusiones sobre los estados del proceso de creación de una política no alcanzados por la *Ley de Parto Humanizado*. Después de la formación de las coaliciones, estas deberían planear estrategias para cumplir sus objetivos de manera que su proyecto sea aprobado por las autoridades competentes. Luego de que su proyecto esté funcionando, este resulta en unos productos cuyo impacto en la población objeto puede ser medido. En este caso, no se puede realizar tal análisis porque el proyecto fue archivado antes de ser aprobado por el Congreso.

Una consecuencia a largo plazo relacionada a todo este proceso legislativo pudo ser identificada en la inscripción de un nuevo proyecto de ley en 2020, que sigue las premisas impulsadas por el MNSSR y que está siendo impulsado por Jairo Cristancho, quien fue ponente del Proyecto de Ley número 063 de 2017 (Cristancho, 2020). Otro aspecto positivo para destacar de esta historia es que el MNSSR, junto a otros grupos civiles, continúa luchando por los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, visibilizando prácticas tradicionales como la partería y el doulaismo y “buscando las maneras de lograr que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a un parto digno, armonioso y sagrado en nuestros territorios” (MNSSR, 2019).

DISCUSIÓN

El Marco de las Coaliciones de Abogacía (MCA) establece que el cambio en las políticas públicas es impulsado por las creencias que quienes compiten dentro del subsistema, los comportamientos de las coaliciones de abogacía, los eventos externos y el impacto del conocimiento científico nuevo en la formulación de la política pública (Breton et al, 2013). La historia de la formulación del Proyecto de Ley número 063 de 2017 no fue ajena a los preceptos sugeridos por este modelo de análisis. La búsqueda de los documentos oficiales relacionados a este trámite legislativo, así como las entrevistas realizadas y la recolección adicional de piezas de prensa y publicaciones en redes sociales, permitió la delimitación de un subsistema compuesto por legisladores, activistas y oficiales de salud pública, que entraron en procesos de negociación y conflicto para determinar el enfoque más adecuado para una *Ley de Parto Humanizado* y dejarlo redactado en diferentes documentos de ponencia.

Respecto a aquellas creencias que competían por transformar o mantener las políticas públicas en relación con la atención del parto, se subrayó la presencia de diferentes proyectos de ley que buscaban incidir en la mortalidad materna a través de la enunciación de derechos que protegerían a las gestantes durante la atención médica (Wilches et al, 2013). Estos documentos, incluyendo la primera versión de la *Ley de Parto Humanizado* de 2017, estaban basados en legislación de otros países, particularmente en la Ley de Parto Humanizado número 25.929, si bien se omitía la existencia de grupos activistas que para 2017 ya hacían veeduría de los procesos de atención sexual y reproductiva (Rojas, 2017).

Cuando el primer documento relacionado a *Ley de Parto Humanizado* fue publicado, instituciones como el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social sugirieron que el documento contextualizara mejor las condiciones de inequidad en la atención del parto para dirigir mejor sus esfuerzos. Dichas sugerencias fueron ignoradas en el siguiente documento, mientras que el proyecto permanecía todavía impermeable a las intervenciones de otros (Salazar et al, 2017).

Solo hasta que el contenido de la *Ley de Violencia Obstétrica* ignoró la participación de los gremios médicos y grupos civiles con intereses en la atención del parto, los ponentes para el segundo debate de la *Ley de Parto Humanizado* decidieron realizar una Audiencia Pública para tener presente la opinión de académicos, servidores públicos, activistas y defensores de prácticas tradicionales (Huitaca, 2018; Cristancho et al, 2018). El trámite de la *Ley de Violencia Obstétrica* y la Audiencia Pública realizada en preparación de la segunda ponencia funcionan entonces como eventos externos cruciales al permitir que varios grupos civiles se unieran por sus causas comunes y que lograron participar en la formulación de una versión del proyecto de ley.

Al tener en cuenta la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux, se comprende que cualquier coalición surgirá solo si sus miembros valoran las ventajas de su colaboración y combinan sus recursos para ganar ventaja sobre sus adversarios (Breton et al, 2013). La coalición que se formó entre los congresistas y los miembros del MNSSR significó una alianza caracterizada por la meta común de influenciar en la política pública. Esta coalición desarrolló una agenda y prioridades compartidas. Más allá de una lista de derechos, la coalición buscó promover una atención del parto que corresponda a las particularidades culturales y sociales de las gestantes, así como de su autonomía (Cristancho et al, 2018). Los miembros de esta coalición vieron las ventajas de su colaboración, desde la experiencia de los congresistas hasta el estado del arte que poseían las mujeres que

participaron en su redacción, lo cual resultó en un documento muy diferente al primer borrador de la ley.

La coalición encontró oposición al inicio de su formación debido a la resistencia de grupos conservadores externos que sugerían cambios al proyecto contrarios a su finalidad inicial, particularmente en temas como el aborto. Por otro lado, dentro de la coalición existió tensión en relación con la propuesta de brindar atención psicológica a las mujeres cuyos hijos morían durante la gestación o el parto. Esto evidencia la posición conservadora que mantenían aquellos que hicieron oposición a este nuevo apartado del proyecto, pues asumieron que la atención al *duelo gestacional* implicaba también proveer, dentro del modelo de atención que propone en el proyecto, una clase de retribución prestacional a las mujeres que abortaban, voluntaria o involuntariamente.

Los resultados de esta revisión documental, interpretados gracias a marcos teóricos como el MCA y la teoría de estructuración de coaliciones de Lemieux, pueden extrapolarse a los resultados de los estudios realizados por Breton y colaboradores (2013), Momo Kadia y colaboradores (2020) y Ching (2021) utilizan el primer marco teórico para reconocer que el proceso de tomar decisiones en política depende actores capaces de movilizar discursos que evitan la gestión adecuada de una problemática y darle continuidad a su control sobre el subsistema, o desplazar una visión dominante a partir del reclutamiento de actores y estrategias clave (Momo Kadia et al, 2020; Ching, 2020).

Mientras el trabajo de Momo Kadia y colaboradores se centró en una coalición que sostuvo una posición hegemónica durante años, nuestro esfuerzo se centró en una coalición reciente debía enfrentar creencias y políticas específicas respecto a la atención del parto, defendiendo el enfoque diferencial como una alternativa presta a proteger la capacidad de decisión de las mujeres y el acceso a prácticas tradicionales (Cristancho et al, 2018). Pese a los esfuerzos de los actores implicados, los argumentos de coalición no fueron suficientes para consolidar una atención suficiente hacia su causa: el proyecto quedó estancado en la burocracia del Congreso colombiano y fue opacado por otros temas que fueron considerados más relevantes aún con la necesidad percibida por los autores del proyecto (No. 2, comunicación personal, 23 de abril de 2021).

El presente estudio siguió metodologías similares para su ejecución, con una recolección de datos similares desde repositorios oficiales e institucionales, así como la inclusión de declaraciones públicas de los grupos sociales involucrados. (Momo Kadia et al, 2020; Ching, 2020). En todos estos estudios, el material recolectado permitió destacar las estrategias usadas por cada coalición para justificar sus intereses. En el caso de la *Ley de*

Parto Humanizado, el colectivo conocido como MNSSR contribuyó a la redacción de los informes de ponencia para los debates en Cámara con su experiencia y material bibliográfico que venían recogiendo como colectivo, el cual permitía enfocar los preceptos del proyecto y defender sus intereses dentro del contenido del documento (Cristancho et al, 2018).

La vida de esta coalición no fue lo suficientemente larga como para promover los contenidos trabajados en su versión de la *Ley de Parto Humanizado*. El paso de la ley desde la Cámara de Representantes al Senado no incluyó al MNSSR como consultor en el proyecto de ley. Mientras la exposición de motivos trabajada por el movimiento fue descartada en esa instancia, el tiempo que tenía el proyecto para aprobarse estaba finalizando mientras temas como la aprobación del Acuerdo del Paz ganaban más relevancia para la rama legislativa colombiana. Si bien se formó un grupo de trabajo, esta no tenía lazos suficientemente fuertes como para conectar al movimiento con los ponentes del Senado, lo cual actuó en detrimento de todo el proyecto.

Los hallazgos de esta investigación también pueden contrastarse con literatura que menciona el Proyecto de Ley número 063 de 2017, otros proyectos de ley sobre *parto humanizado y violencia obstétrica* realizados en América Latina y con otros ejemplos donde el MCA fue aplicado. La *Ley de Parto Humanizado* es mencionada en varios trabajos de grado realizados en Colombia durante el trámite legislativo del proyecto. Su enfoque estuvo más relacionado con indagar las percepciones de las mujeres en relación con la violencia obstétrica y una atención más humanizada del parto, citando el proyecto y su catálogo de derechos como una ventaja potencial para preservar la autonomía de las mujeres durante el parto, sin profundizar en los congresistas y los grupos civiles involucrados en su redacción (Martinez y Riaño, 2019; Quintana Martinez et al, 2019). Nuestra investigación intentó identificar a estos actores, los acuerdos y las negociaciones que surgieron durante la redacción del proyecto, además de las perspectivas que existían dentro de la coalición sobre el significado de la *Ley de Parto Humanizado*.

Los trabajos de Diaz García y Fernandez, y Williams y colaboradores se enmarcaron en detallar los esfuerzos legislativos que se dieron en América Latina para tratar la problemática de la *violencia obstétrica* a través de nuevos modelos para la atención del parto. El trabajo de Diaz García expone el contenido de la legislación de la violencia obstétrica en países como Venezuela, México y Argentina y su impacto en la percepción de las usuarias del sistema. Este documento establece algunas generalidades sobre la *violencia obstétrica* que hacen presencia en el contenido de las leyes estudiadas. De manera análoga, los hallazgos de nuestro proyecto también rastrean algunos el origen de algunos conceptos importantes para

entender el contenido de la *Ley de Parto Humanizado* como la *medicalización del parto* y el *enfoque diferencial* (Díaz Fernández y García, 2018). Finalmente, el artículo de Williams afirma que las leyes en América Latina han sido el esfuerzo de grupos de mujeres, redes feministas, organizaciones profesionales, agentes de salud pública e investigadores (Williams et al., 2018). Nuestro estudio intentó listar aquellos grupos sociales que tenían interés de mejorar la calidad del cuidado obstétrico en el país para luego destacar su intervención e impacto en la formulación del Proyecto de Ley número 063 de 2017.

Entre las limitaciones del diseño de este estudio se destaca que no fue posible entrevistar a los congresistas, por lo que se le dio mayor lugar al punto de vista de algunos miembros del MNSSR, sin descuidar otras fuentes que permitieron develar cuáles eran los intereses de los congresistas. A pesar de varios intentos de contacto a través de los correos disponibles en plataformas como Congreso Visible, solo se pudo inferir sobre parte de su contribución a partir de publicaciones que hicieron en sus redes sociales. Por otro lado, el MCA exige que el análisis de los antecedentes del objeto de estudio se extienda hasta mínimo 10 años previo al periodo de estudio para así delimitar bien ese *status quo* que las coaliciones quieren sostener o cambiar. Aunque este estudio permite regresar a conversaciones que se dieron en el ámbito internacional desde hace más cuarenta años, es necesario recopilar un estado del arte más completo sobre el escenario colombiano.

Otra limitación es la clasificación que hace MCA de las creencias de los actores estudiados: las creencias profundas y las creencias secundarias. Las primeras haciendo referencia a las convicciones más arraigadas de los actores y lo que consideran prioritario en la construcción de sus intereses, y las siguientes a aquellas concepciones que pueden cambiarse con mayor facilidad a lo largo del tiempo. Este artículo trató estos conceptos de forma indiscriminada debido a que la información disponible no permitía hacer una clasificación correcta de los hallazgos en estos términos.

De las lecciones que se pueden sacar de esta investigación, se resalta que las metas de las coaliciones, así como la intención de cumplir sus objetivos deberían sostenerse a largo plazo. La conexión entre legisladores y grupos civiles estudiados solo persistió durante la creación de solo un documento de ponencia. El documento siguiente a la disolución de la coalición perdió mucho en lo correspondiente a la diversidad de sus propuestas. Lo que nos hace concluir que una coalición no solo significa la unión de varios aliados, implica construir una sola visión, una misión y metas compartidas para así asegurar la continuidad de las relaciones y el buen uso de sus recursos. Por último, es importante presionar para que los legisladores en cualquier proyecto siempre tengan en cuenta los contextos y las poblaciones a

las que quieren intervenir. El primer borrador de la *Ley de Parto Humanizado* inicialmente ignoró la recolección de información relacionada a la inequidad de los servicios de salud materna, incluso promoviendo una atención con un enfoque diferencial, mientras que la *Ley de Violencia Obstétrica* intentó prohibir y sancionar una conducta sin tener en cuenta la opinión del gremio profesional sobre el que intentaban reglamentar. Cabe destacar que la versión más justificada y mejor trabajada de la *Ley de Parto Humanizado* fue realizada en colaboración entre congresistas y activistas.

El estudio realizado confirma la importancia del análisis crítico en política pública en salud, pues permite aproximarnos a la problematización de aquellos asuntos que reciben atención política y social, los actores que apoyan o se oponen a las reformas en salud y el porqué de sus intereses. En este caso en particular, la *Ley de Parto Humanizado* posibilita iniciar una discusión acerca de la equidad en política pública desde varios niveles, desde la selección de un problema, hasta la burocracia destinada para su tratamiento y solución. Los legisladores y activistas señalaron que la atención en el parto era dispar sobre todo en condiciones de etnia y cultura, e intentaron aliviar esto uniéndose como coalición y formulando una política con un enfoque diferencial. Por otro lado, la experiencia de la *Ley de Parto Humanizado* evidencia las brechas entre la academia, los grupos civiles y las autoridades, argumentado por una colaboración más estrecha entre estos sectores.

Por último, cabe destacar que dentro del mismo sistema político destinado a la revisión de *Ley de Parto Humanizado*, circunstancias ajenas al contenido del proyecto como la burocracia del Congreso comprometieron su revisión en el Senado comparado a otros proyectos, debido al limitado tiempo destinado a su revisión. Por otro lado, circunstancias que se dieron en el periodo legislativo 2018-2019 recibieron más atención por parte del Senado, entre los que se destacan: La Consulta Anticorrupción, debates de control político a empresas estatales y la reglamentación de la Jurisdicción Especial para la Paz (Senado de la República, 2019)

El marco utilizado para esta investigación aplicado al campo de las políticas públicas en salud, permitió estudiar aquellas creencias que identifican a los actores involucrados en el proceso de creación de una política pública, dentro de un subsistema complejo compuesto por legisladores, instituciones estatales y activistas. Este caso facilitó detectar aquellas estrategias utilizadas por las coaliciones para ganar dentro del sector salud, la academia y el activismo, lo cual da valor a aquello que, antes considerarse un fracaso, sirve como insumo para crear nuevas políticas públicas en salud.

Referencias bibliográficas

- Argüello-Avenidaño, H. E., Mateo González, A. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2),13-29. ISSN: 1665-8027. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Asociación de Parteras Unidas del Pacífico [ASOPARUPA] (12 de octubre de 2018) _Asociación de Parteras Unidas del Pacífico_ <https://programaacua.org/asociacion-de-parteras-unidas-del-pacifico-asoparupa/>
- Ballard, K., and Elston, M. A. (2005). Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Soc. Theory Health*, 3, 228–241. doi:10.1057/palgrave.sth.8700053
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.
- Blel N. (2017, octubre 20). Proyecto de 147 de 2017 Cámara. Gaceta del Congreso número 949 de 2018, 11-18.
- Blel N. (2017, octubre 20). Informe de Ponencia Positiva para Segundo Debate del Proyecto de 147 de 2017 Cámara. Gaceta del Congreso número 800 de 2018, 10-20.
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. doi:10.3316/qjrj0902027
- Breton, E., Richard, L., Gagnon, F., Jacques, M., & Bergeron, P. (2008). Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Quebec's Tobacco Act. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1679–1689. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.07.028
- Breton E., Richard L., Gagnon F., Jacques M, Bergeron P. (2013). Coalition advocacy action and research for policy development. En: Clavier, C., de Leeuw, E. (Eds.), *Health Promotion and the Policy Process* (pp. 43-63). Oxford University Press
- Cáceres-Manrique, F., Nieves-Cuervo G. M. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 68, 128-13

- Cámara de Representantes (2018). Ex-Representante Clara Leticia Rojas González.
<https://www.camara.gov.co/representantes/clara-leticia-rojas-gonzalez>
- Cámara de Representantes (2020). ¿Cómo se tramita una ley?.
<https://www.camara.gov.co/como-se-tramita-una-ley>
- Castillo Villanueva, A. (2019). Por tu bien y Néixer: reflexiones audiovisuales sobre la violencia obstétrica. *Bulletin of Spanish Studies*, 96(7), 1137–1152.
doi:10.1080/14753820.2019.1651
- Castro Morato, L. [movsalsexrep]. (22 de agosto de 2018). Orgullosos de la participación de Liliana Castro Morato de @fundacioncaminoclarong en la audiencia pública sobre el proyecto de ley 063 de parto humanizado en Colombia el pasado 22 de agosto [video]. Facebook. <https://www.facebook.com/Movsalsexrep/posts/671231959913168>
- Ching, S. (2021). An analysis of the role of sugar industry leaders in the formulation of sugar-sweetened beverages (SSBs) excise tax using advocacy coalition framework. <https://www.dlsu.edu.ph/wp-content/uploads/pdf/conferences/research-congress-proceedings/2020/SEP-07.pdf>
- Comisión Séptima Constitucional Permanente (4 de diciembre de 2018). Acta de sesión plenaria No. 32 [Sesión legislativa]. Cámara de Representantes, Bogotá, Colombia.
- Colón Iriarte, C. (2008). Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional - Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57143>
- Comisión Séptima Constitucional Permanente (17 de mayo de 2018). Acta No. 37 [Sesión legislativa]. Cámara de Representantes, Bogotá, Colombia.
- Cristancho Tarache, J., Acosta Lozano, C., Reinales Agudelo J. C. (2018, octubre 19). Informe de Ponencia Positiva para Segundo Debate del Proyecto de 063 de 2017 Cámara. Gaceta del Congreso número 866 de 2018, 1-25.
- Cruz Rodrigues, D., Vasconcellos M., de Albuquerque A.M. Formación de coaliciones de defensa y actores clave dentro de la política (2020). *Revista de Administração Pública*, 54(6).<http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220190450x>
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1125–1140. doi: 10.1016/0277-9536(94)90228-3
- Díaz García, L. I., Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: El Caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de*

- derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51(2018), 123-14.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Fortich Sanchez, L. E. (2019, junio 7). Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de Ley 244 de 2019 Senado, 063 de 2017 Cámara. *Gaceta del Congreso número 467 de 2019*, 1-21.
http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2019/GC_0467_2019.pdf
- Freyermeuth, M. H., Meneses Navarro S. (2017). La atención del parto con pertenencia cultural. Centro de Investigaciones Superiores en Antropología Social.
https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Guía-APPC.pdf
- Fundación Camino Claro (s. f.) Filosofía
<https://fundacioncaminocla.wixsite.com/fccong/filosofia>
- Fundación Mujeres Bachué (2021). Nuestra Historia.
<https://fundacionmujeresbachue.org/about-us/nuestra-historia/>
- Gaviria A. (2017). Concepto sobre el PL 063/17 (C7) “por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o Ley de Parto Humanizado”. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2017-11/Concepto%20Minsalud%20P.L.%20No%20063%20de%202017.pdf>
- Gerardi, N. (2016) Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Serie de asuntos de género 141. Programa de cooperación CEPAL/AECID.
- Goberna-Tricas J (2019). Visibilizando la violencia hacia las mujeres en el embarazo. *Musas*, 4 (1), 1-2. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/27714>
- Grupo Técnico de Trabajo - Organización Mundial de la Salud (1996). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
- Huitaca - Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (s.f). *Información* [ObservatorioHuitaca]. Facebook. Recuperado el 10 de agosto de 2021 en <https://www.facebook.com/ObservatorioHuitaca>
- Huitaca - Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. [ObservatorioHuitaca]. [15 de mayo de 2018]. Comunicado a la Opinión Pública sobre el PROYECTO DE LEY POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN MEDIDAS PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA de la Senadora Nadia Blel Scaff. Facebook.
<https://www.facebook.com/ObservatorioHuitaca/photos/597670880598255>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (n.f.). ¿Qué es el enfoque diferencial de derechos. <https://www.icbf.gov.co/que-es-el-enfoque-diferencial-de-derechos>

- Jojoa-Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja-Campo AM, Suárez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019; 51(2): 135-146. doi:
<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Jojoa-Tobar, E (22 de agosto de 2018). Parto Humanizado: Intervención de la OCE en el marco de la Audiencia Pública de la Ley 063 del 2017. Organización Colegiada de Enfermería. <https://www.oceinfo.org.co/index.php/difusion/noticias/180-parto-humanizado-intervencion-de-la-oce-en-el-marco-de-la-audiencia-publica-de-la-ley-063-del-2017>
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 623-626. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Lafaurie Villamil M. M., Rubio León D.C., Perdomo Rubio A., Cañón Crespo A. F. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>
- Ley 5 de 1992, por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes. 18 de julio de 1992. No. 40.483.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=11368>
- Ley 82. Tipifica el feminicidio y la violencia contra la mujer. 24 de octubre de 2013. D.O. No. 348.02. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf
- Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia. 8 de noviembre de 2006. D.O. No. 46.446.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Ley 25929. De parto humanizado. 17 de septiembre de 2004. D.O. No. 348.02.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Maturo A. (2012). Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens sana monographs*, 10(1), 122–133. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.91587>
- Mejía Merino, C. M., Faneyra Zapata, L., Molina Berrio, D. P., Arango Urrea, J. D. (2018). La deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(1), e3.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *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 en Salud – RIAS*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-operativa-valoracion-calidad-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). *Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).*

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Derechos-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

Okeke, C., Manzano, A., Obi, U. et al. Exploring mechanisms that explain how coalition groups are formed and how they work to sustain political priority for maternal and child health in Nigeria using the advocacy coalition framework (2021). *Health Res Policy Sys*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00660-3>

Presidencia de la República (2017). Informe de rendición de cuentas 2017.

https://dapre.presidencia.gov.co/oci/DocumentosOCI/Informe_congreso_2017-JMSC.pdf

Resolución 1841 de 2013 [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública. 28 de mayo de 2013

Resolución 3280 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio 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 las directrices para su operación. 2 de agosto de 2018.

Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (2019).

MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN COLOMBIA - DIÁLOGOS SOBRE PARTO RESPETADO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ. Profamilia/DeJusticia.

- Organización Internacional Indígena de Colombia (22 de agosto de 2018). Hoy se lleva a cabo la Audiencia Pública sobre Parto Humanizado.
<https://www.onic.org.co/comunicados-onic/2537-hoy-se-lleva-a-cabo-la-audiencia-publica-sobre-parto-humanizado>
- Ortega Bolaños J.A. (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Rev. Salud Pública*, 20 (5), 649-654.
- Ospina M. L. (2017). Concepto sobre el PL 063/17 (C7) “por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o Ley de Parto Humanizado”. Instituto Nacional de Salud.
<https://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2017-10/Concepto%20Insalud%20pl.%20063-2017.pdf>
- Macías-Intriago, Mariela; Haro-Alvarado, Javier; Piloso-Gómez, Felicita E; Galarza-Soledispa, Gabriela; Quishpe-Molina, Maria del Carmen; Triviño-Vera, Brenda(2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom Cien*, 4 (3), pp. 392-415.
- Murguía A., Ordorika T., Lendo L.F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde*. 23 (3). 635-651.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>
- Martinez, I. D., Riaño Garzón, A. C. (2019). Percepción de la atención del parto visto desde la Violencia Obstétrica [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional. Universidad Cooperativa de Colombia
- Misago, C., Kendall, C., Freitas, P., Haneda, K., Silveira, D., Onuki, D., Mori, T., Sadamori, T., & Umenai, T. (2001). From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75 Suppl 1, S67–S72.
- Momo Kadia, B., Akem Dimala, C., Pene Njefi, K (2020). Emergence of Universal Antiretroviral Therapy Coverage in South Africa: Applying the Advocacy Coalition Framework to Refine the Narratives and Inform Current Policy Making Processes. Preprints. doi: 10.20944/preprints202003.0064.v1
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). El continuo ginecobstétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional - Universidad Nacional de Colombia.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10618/soniaandreamonroymu%3%B1oz.2012.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2019). Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>

Quintana Martínez, G. P., Avila Coca, E. L. (2019). Significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología en Colombia [Tesis de grado, Universidad del Bosque]. Repositorio Institucional. Universidad del Bosque

Redacción El Tiempo (22 de junio de 2015). Colombia tiene una enorme brecha de mortalidad materna entre regiones. El Tiempo.

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15990738>

Redacción Salud - El Tiempo (29 de abril de 2015). Fuerte debate por proyecto sobre violencia obstétrica. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/salud/ley-sobre-violencia-obstetrica-es-rechazada-por-especialistas-210668>

Rocha-Acero M. L., Socarrs-Ronderos F., Rubio-Len D.C. (2018). Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 37(1), 36-48.

Rojas C. (2017, agosto 8). Proyecto de 063 de 2017 Cámara. Gaceta del Congreso número 664 de 2017, 15-19.

Rojas, C. [Clara-Rojas-González-566143403470368]. En Comisión Séptima de la Cámara de Representantes Colombia presentando proyecto 063 sobre parto humanizado [video]. Facebook.

https://www.facebook.com/watch?ref=search&v=1637901412961223&external_log_id=c081ef4f-fc2c-4a8b-97dc-55efd4b839ae&q=clara%20rojas%20063%202017

Salazar M., Hernandez J. E., Amin F. R.(2017, noviembre 23). Ponencia para Primer Debate al Proyecto de Ley Número 063 de 2017. Gaceta del Congreso número 1087 de 2017, 5-9.

Senado de la República (2019). Informe de Gestión Secretaría Pública 2018-2019.

<https://www.senado.gov.co/index.php/documentos/categoria-transparencia/rendicion-de-cuentas/informes-rendicion-de-cuentas-historico/informes-rendicion-de-cuentas/2115-informe-de-gestion-secretaria-general-2018-2019/file>

- Universidad de los Andes (2021). Fabio Raúl Amín Saleme. Congreso Visible.
<https://congresovisible.uniandes.edu.co/congresistas/perfil/fabio-raul-amin-saleme/107/>
- Universidad de los Andes (2021). José Elver Hernández Casas. Congreso Visible.
<https://congresovisible.uniandes.edu.co/congresistas/perfil/jose-elver-choco-hernandez-casas/8188/>
- Universidad de los Andes (2021). Mauricio Salazar Pelaez. Congreso Visible.
<https://congresovisible.uniandes.edu.co/congresistas/perfil/mauricio-salazar-pelaez/8177/>
- Universidad de los Andes (2021). Nadia Georgette Blel Scaff. Congreso Visible.
<https://congresovisible.uniandes.edu.co/elespectador/congresistas/perfil/nadia-georgette-blel-scaff/8467/>
- Vallana Sala, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev. Cienc. Salud.*, 17(2), 128-144.
- Vallana Sala, V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex., Salud Soc. (Río J)*, (34), 91-105.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
- Wilches CJ, Salazar Cruz JD, Barrera Rueda LM, Martínez Rosales R. Proyecto de Ley número 7 de 2011.
<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2013%20-%202014/PL%2024-13%20S%20Programas%20de%20Apoyo%20Para%20La%20Mujer%20Y%20Parto%20Digno.pdf>
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizan, J. M., Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, 125(10), 1208–1211.
- World Health Organization (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 326(8452), 436–437.