

**ATENCIÓN EN SALUD MATERNO - PERINATAL: REPRESENTACIONES  
SOCIALES DEL BINOMIO HUMANIZACIÓN-DESHUMANIZACIÓN POR PARTE  
DE PACIENTES Y PRESTADORES EN SALUD EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL  
DE BOGOTÁ.**



**Universidad del Rosario**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
FACULTAD DE MEDICINA – DIVISIÓN POSTGRADOS  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR - MÉDERI**

**BOGOTÁ DC, Junio de 2022**

Andrea Viviana Martínez Acosta  
Luisa Fernanda Rodríguez Quejada  
Diana Marcela Villalobos Rodríguez

**ATENCIÓN EN SALUD MATERNO - PERINATAL: REPRESENTACIONES  
SOCIALES DEL BINOMIO HUMANIZACIÓN-DESHUMANIZACIÓN POR  
PARTE DE PACIENTES Y PRESTADORES EN SALUD EN UN HOSPITAL DE  
IV NIVEL DE BOGOTÁ**

**Autores:**

**Dra. Andrea Viviana Martínez Acosta**  
**Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Quejada**  
**Dra. Diana Marcela Villalobos Rodríguez**

Trabajo de grado para obtener el título de Especialistas en Ginecología y obstetricia

**Tutores temáticos:**

**Dr. Boris Julián Pinto Bustamante**  
**Dra. Ana Isabel Gómez Córdoba**  
**Dr. Lucio Guerra Galue**

**Tutores metodológicos:**

**Dra. María Cristina Quevedo Gómez**  
**Dra. Silvia María Antonia Rivera Largacha**

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
FACULTAD DE MEDICINA – DIVISION POSTGRADOS  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR - MÉDERI  
BOGOTÁ DC, Junio de 2022

**Autores principales:**

**Dra. Andrea Viviana Martínez Acosta**

Médico Universidad de Manizales

Residente Ginecología y Obstetricia - Universidad del Rosario

E-mail: [andreavi.martinez@urosario.edu.co](mailto:andreavi.martinez@urosario.edu.co)

**Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Quejada**

Médico Universidad del Rosario

Residente Ginecología y Obstetricia - Universidad del Rosario

E-mail: [luisaferna.rodriguez@urosario.edu.co](mailto:luisaferna.rodriguez@urosario.edu.co)

**Dra. Diana Marcela Villalobos Rodríguez**

Médico Universidad Militar Nueva Granada

Residente Ginecología y Obstetricia - Universidad del Rosario

E-mail: [diana.villalobos@urosario.edu.co](mailto:diana.villalobos@urosario.edu.co)

**Dr. Boris Julián Pinto Bustamante**

Especialista en Bioética - Universidad El Bosque.

Especialista en creación narrativa - Universidad Central.

Magíster en Bioética - Universidad El Bosque

Doctorado en Bioética - Universidad El Bosque.

**Dra. Ana Isabel Gómez Córdoba**

Médico especialista en Pediatría, Gerencia en salud pública y Derecho Médico - Universidad del Rosario

Magíster en Bioética de la Universidad El Bosque y doctor en Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana.

**Dr. Lucio Guerra Galué**

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia - Universidad Nacional de Colombia

Médico general, Pontificia Universidad Javeriana.

**Tutores metodológicos:**

**Dra. María Cristina Quevedo Gómez**

Médico cirujano Universidad El Bosque

Magíster en Salud Pública - Universidad de Maastricht.

Doctorado en Salud pública - Universidad de Maastricht.

**Dra. Silvia María Antonia Rivera Largacha**

Psicóloga Pontificia Universidad Javeriana

Magíster en lazos sociales simbólicos de la Université Paul Valéry.

PHD en Psicología de la Universidad Catholique de Louvain

**Instituciones participantes:**

Universidad del Rosario

Hospital Universitario Mayor - Méderi

**Grupos de investigación:**

Grupo de investigación - Méderi

**Línea de investigación:**

Gestión en Salud y Salud de poblaciones

Andrea Viviana Martínez Acosta  
Luisa Fernanda Rodríguez Quejada  
Diana Marcela Villalobos Rodríguez

“La Universidad del Rosario, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Andrea Viviana Martínez Acosta  
Luisa Fernanda Rodríguez Quejada  
Diana Marcela Villalobos Rodríguez

*A Él quién es la luz en mi vida, mi fortaleza y  
el mayor responsable de que mis sueños se hagan realidad....*

*A mis padres y hermana quienes siempre estuvieron, siguen estando y estarán presentes  
para compartir cada logro alcanzado.*

*A ellos que me han enseñado que desde el amor,  
con valentía, disciplina y perseverancia se alcanza el éxito,  
y quienes han contribuido a construir la mujer que siempre he soñado ser.*

*Mi corazón es de ustedes.*

*Andrea Viviana Martínez Acosta*

*A mis papás que han luchado cada segundo de mi vida por verme cumplir mis sueños,  
son ustedes quienes me enseñaron que aquello con mayor valor  
es lo que nos costó tiempo, sudor, dedicación y hasta lágrimas.  
A mi hermano por confiar en mí, por escucharme y permitirme  
luchar nuestras batallas juntos.*

*Al alma de mi abuelo Ariel que no me abandonó en los turnos  
cada vez que le pedí amor y sabiduría para guiar mis actos.*

*A Leonor, Pedro y Yenfa que se convirtieron en cómplices de  
mi felicidad desde el cielo el último año;  
se que estarán siempre orgullosos de mi.*

*Esto es por y para ustedes.*

*Luisa Fernanda Rodríguez Quejada*

Andrea Viviana Martínez Acosta  
Luisa Fernanda Rodríguez Quejada  
Diana Marcela Villalobos Rodríguez

*A mi padre, que vive en cada uno de mis logros,  
pues son la consecuencia de su esfuerzo constante y amor infinito  
A mi madre, que es mi modelo a seguir, y mi mayor apoyo,  
en quien siempre encuentro las palabras correctas,  
los abrazos más fuertes y el mejor café  
Y a mi hermana, que es la luz de mi vida y mi mejor amiga  
Esto no sería posible sin ustedes.*

*Diana Marcela Villalobos Rodríguez*

## **Agradecimientos**

Extendemos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestras familias por permitirnos este sueño, principalmente a nuestros padres que han sido pilares fundamentales en este recorrido, son y serán siempre nuestro ejemplo de vida y esfuerzo; a nuestros amigos por apoyarnos en este proyecto de vida; y a nuestros profesores por su dedicación durante estos 3 años para hacer de nosotras mejores mujeres y profesionales; al Hospital Universitario Mayor - Méderi e instituciones que nos acogieron durante este periodo de formación, sus médicos, docentes, personal asistencial, pacientes, residentes, estudiantes e internos que colaboraron de alguna manera en este proceso y a nuestros compañeros residentes de la especialidad en Ginecología y obstetricia que siempre han sido un apoyo incondicional y se permitieron soñar con nosotras.

Muchas gracias.

## Índice de Contenido

1.	14	
2.	15	
3.	16	
4.	18	
4.1	Generalidades	18
4.2	Legislación nacional	19
4.3	La deshumanización en contexto	20
4.4	Definición de violencia obstétrica y sus consecuencias	21
4.5	Humanización en salud materno-perinatal	21
4.6	Experiencia institucional	23
5.	26	
5.1	Objetivo general	26
5.2	Objetivos específicos	26
6.	26	
6.1	Tipo y diseño de estudio	27
6.2	Marco muestral y muestreo	29
6.3	Criterios de elegibilidad	31
6.4	Planteamiento de hipótesis	31
6.5	Fuentes de información y recolección de datos	31
6.6	Prueba piloto	32
6.7	32	
6.6	Control de sesgos y errores	35
6.7	Plan de análisis	36
7.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
8.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
8.1	Análisis de categoría de deshumanización	40
	Definición	40
	Currículo oculto	42
	Infraestructura	42
	Trato no respetuoso	44
	Personalidad	45

Análisis global de los factores asociados a deshumanización por códigos	45
8.2 Análisis de la categoría de humanización	46
Definición	46
Actitud positiva frente al currículo oculto	48
Infraestructura	49
Herramientas de apoyo	49
Personalidad	51
9. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
10. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
11. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
12. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
13. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
13.1 Carta de aprobación comité de ética	67
13.2 Entrevista semiestructurada	68
13.3 Consideraciones administrativas	71
Cronograma	71
Presupuesto	72

### Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Tipos de violencia obstétrica y sus características .....	18
<b>Tabla 2.</b> Matriz de variables .....	32
<b>Tabla 3.</b> Características sociodemográficas de la población participante en las entrevistas .....	40
<b>Tabla 4.</b> Formas de comunicación asertiva (derivadas del trabajo) .....	48
<b>Tabla 5.</b> Herramientas de apoyo (derivadas del trabajo) .....	50

### Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Codificación y subcodificación empleada para el estudio de deshumanización .....	28
<b>Figura 2.</b> Codificación y subcodificación empleada para el estudio de humanización .....	29
<b>Figura 3.</b> Comparación de la definición de deshumanización de personal de la salud frente a los pacientes .....	41
<b>Figura 4.</b> Impacto de las diferentes representaciones de la infraestructura y su asociación .....	43
<b>Figura 5.</b> Importancia otorgada entre los entrevistados al trato no respetuoso emocional vs. Físico en la creación de un trato no deshumanizado .....	45
<b>Figura 6.</b> Relevancia de los factores asociados a la deshumanización .....	46
<b>Figura 7.</b> Comparación de la definición de humanización según el personal de la salud frente-pacientes .....	47
<b>Figura 8.</b> Relevancia de los factores asociados a la humanización .....	51

**Contexto:** Dentro de la atención materno-perinatal las personas gestantes deben enfrentarse al sistema de salud y su estructura. En el proceso enfrentan múltiples situaciones de humanización y deshumanización en la atención prestada. Se pretendió identificar y comparar las representaciones sociales de estos fenómenos para las pacientes y el personal de salud en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de IV nivel en la ciudad de Bogotá.

**Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, incluyendo resultados de 17 entrevistas semiestructuradas, las cuales registraron las experiencias de 6 pacientes, 5 residentes de ginecología y obstetricia de la Universidad del Rosario y 6 ginecólogos-obstetras del Hospital Universitario Mayor - Méderi; se abarcaron elementos claves que permitieran entender las representaciones sociales relacionadas con humanización-deshumanización en el servicio.

**Resultados:** La definición de deshumanización en la cual más hicieron énfasis las pacientes fue la despersonalización seguido de la mala comunicación mientras que entre el personal de la salud se resaltó la imposición de conductas. Para el caso de humanización se mostró un interés común en que exista una atención íntegra y todos resaltaron la importancia de las herramientas de apoyo emocional y físico.

**Conclusiones:** Aunque las representaciones de deshumanización suelen ser diversas y amplias, tanto en el personal de la salud como en la población de pacientes, se evidenció una tendencia a destacar la falta de empatía y la imposición de conductas. Esto conlleva a generar retos para mejorar las condiciones en que se presta atención en salud para la población gestante.

**Palabras clave:** *Violencia obstétrica, parto humanizado, deshumanización, personal de salud, mujeres embarazadas, investigación cualitativa, atención dirigida al paciente, periodo postparto, violencia, bioética, parto.*

**Background:** During the prenatal and perinatal care process, the pregnant women must face the health system and its structure, it implies that they must deal with protocols, attention's routes, medical doctors and rejection or denial of their rights by healthcare providers ending in multiple forms of abuse and mistreat to obstetric population. This study aims to identify concepts about related to humanization-dehumanization of patients and healthcare providers at Ob-Gyn service at Hospital Universitario Mayor-Méderi.

**Methods:** A qualitative, exploratory descriptive study was carried out, including 17 semi-structured interviews where the experiences of 6 patients, 5 residents of Gynecology and Obstetrics and 6 Ob-gyn specialists were recorded; issues related to humanization-dehumanization were covered in order to identify social representations in the Ob-gyn service.

**Results:** The definition of dehumanization in which the patients emphasized the most, was depersonalization followed by poor communication, while among health staff the imposition of behaviors and again poor communication were highlighted. Regarding the Importance given among the interviewees to non-respectful treatment, was oriented towards the empathy. When comparing the relevance of each issue, it was found that the infrastructure has an important coverage in dehumanization.

**Conclusions:** Although the representations of dehumanization are usually broad and diverse, both the health personnel and the patients showed a high tendency to relate the lack of empathy and the imposition of behaviors. This leads us to challenge ourselves to improve the conditions in which we provide a health service.

**Keywords:** *Obstetric violence, humanizing delivery, dehumanization, health personnel, pregnant woman, qualitative research, patient-centered care, Postpartum period, violence, bioethics, parturition, childbirth.*

## 1. Introducción

Cuando se habla de humanización en salud, se hace referencia a la atención médica que entiende al paciente como un individuo integral, quien expresa derechos, deberes, valores y sentimientos (incluye también a los familiares), en quien la enfermedad o patología por la cual se le atiende no representa toda su realidad. Por lo tanto, en una atención humanizada se promueve la autonomía del paciente, se respetan sus valores y se le hace partícipe de las decisiones del tratamiento. Esta atención humanizada conlleva a resultados de salud positivos que deben protegerse siempre por parte del personal de la salud (1).

En contraste, la deshumanización surge como un concepto que la psicología y la neurociencia han identificado y asociado a mecanismos psicológicos y neuronales subyacentes relacionados a la ausencia de empatía ante otro ser humano. Se trata del rechazo o la supresión de emociones asociadas a los diferentes procesos de atención conocida como “infracomunicación” la cual genera diversos tipos de violencia ante el proceso de la despersonalización (o el distanciamiento afectivo ante los otros) provocada por quien perpetúa el comportamiento, en muchas ocasiones de manera inconsciente (1). Desde la sociología, teorías sobre la violencia, como la de Johan Galtung, reconocen la violencia como un problema multifactorial que comprende: un componente de violencia directa (aquella ejercida directamente por un actor sobre el individuo), uno estructural (asociada al concepto de injusticia social) y un componente de violencia cultural o simbólica (parte de una cultura y la aceptación de ciertas conductas dentro de la misma) (2).

La deshumanización en el contexto de atención materno perinatal o violencia obstétrica, constituye un conjunto de prácticas de maltrato o trato no respetuoso. Este concepto nace inicialmente dentro del marco legal originado en Latinoamérica, principalmente en Venezuela y Argentina como parte de políticas para enfrentar la violencia en contra de las mujeres (3). A raíz de esto diferentes formas de trato no respetuoso han sido descritas en la literatura con relación a la atención médica (maltrato verbal, físico, psicológico o sexual, discriminación social, negligencia, medicalización y/o uso inadecuado de procedimientos y tecnologías). (4)

## 2. Planteamiento de problema

Durante la gestación y el proceso de atención del trabajo de parto y puerperio, la persona gestante debe enfrentarse al sistema de salud y su estructura (instituciones prestadoras de salud, empresas prestadoras en salud, médicos, médicos en formación y enfermeras). Esto implica hacer cara a protocolos, rutas y tiempos de atención, entre otras barreras de acceso que están determinadas por el régimen de atención al que pertenecen, al tipo de institución que acceden y su propia situación socioeconómica. Debido a esto, y a otras limitantes de los servicios de salud, como es la sobrecarga laboral del personal médico, y la infraestructura física y administrativa deficiente, se ha visto con el pasar de los años una problemática de desconfianza y rechazo a los servicios de atención en salud.

En Colombia a pesar de los debates liderados por distintos entes defensores de los derechos de la mujer e investigadores del área de la salud, no se ha logrado crear una ley o esquema de protección, prevención y sanción de aquellas conductas que puedan entenderse como violencia obstétrica o deshumanización en la atención materno perinatal (5). Si bien existen ciertas leyes, en la práctica diaria no se sancionan acciones de deshumanización normalizadas e implícitas en la atención del día a día.

La atención deshumanizada tiene raíces estructurales y culturales, definidas por Gault (1969) como cualquier aspecto de una cultura que pueda ser utilizada para legitimar la violencia en su forma directa y que se concreta en actitudes, refiriéndose a la violencia cultural, mientras que la violencia estructural la define como aquella que se centra en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social (6).

Por lo anterior, el interés de este estudio es indagar cómo los profesionales de la salud y la población obstétrica atendida viven y enfrentan el fenómeno de humanización-deshumanización de la atención en salud en el contexto de un hospital de alta complejidad en Bogotá (1,3,7-10). Las diferentes representaciones de la deshumanización dan cuenta de los inconvenientes que surgen durante los procesos de atención materno-perinatal. En dichas exposiciones, las personas gestantes suelen afrontar diversas formas de abuso y maltrato, que pueden culminar en la violación de sus derechos como mujer. Esto ha demostrado un impacto negativo a mediano y largo plazo sobre la salud mental en diversas esferas de las interacciones psicosociales de los actores involucrados (11 – 13).

### 3. Justificación

La deshumanización se trata de una problemática que repercute directamente en el binomio madre e hijo y en las relaciones de apego que se establecen en los primeros momentos de vida. Si la causa de la deshumanización del parto, radica en un choque de necesidades y expectativas entre las gestantes y el personal de la salud; vale la pena explorar en el tema y evaluar aspectos positivos y negativos de la comunicación médico-paciente, procesos colaborativos en la toma de decisiones que tienen que ver con el parto, y actitudes con respecto a un trato respetuoso para atender de forma correcta las necesidades y deseos de la mujer, su pareja y/o familiares por parte del personal de salud durante la gestación y el trabajo de parto, permitiendo así desenlaces satisfactorios a nivel materno y perinatal (14).

De allí, la necesidad de realizar investigación en el campo con el fin de conocer las diferentes representaciones sociales del binomio humanización-deshumanización identificadas por las pacientes y el personal en salud, para contrastar, validar y unificar conceptos que permitan replantear la calidad de las prácticas de atención a la población gestante y evitar desenlaces desfavorables a mediano y largo plazo asociados a éstas.

Se pretendió indagar sobre representaciones sociales de humanización y deshumanización en los espacios de atención de la población obstétrica para exponer la relevancia de las mismas, y reorientar y unificar el significado del término humanización en la práctica clínica, ya que, al contrastar las percepciones de las pacientes y el personal de salud, se logran establecer las principales diferencias entre conceptos en las dos poblaciones y de esta manera se permite proponer cambios que faciliten una atención humanizada sin vulnerar el criterio médico ni las expectativas de las pacientes.

Dentro de las situaciones que pueden representar algún tipo de maltrato se incluyen la falta de comunicación para expresar y justificar conductas médicas que se requieran, tono de autoridad en las expresiones por parte de los profesionales de la salud, la falta de cautela para dar malas noticias en situaciones de emergencia, la intolerancia a manifestaciones de dolor durante la atención, entre otras. Este tipo de situaciones, voluntarias e involuntarias, se engloban bajo el concepto de deshumanización del parto y atentan contra el derecho de las pacientes de acceder a una atención en salud de calidad, entendiendo ésta como su integridad física y mental. Dicho esto, se debe entender la deshumanización del parto como una problemática de salud pública,

un posible escenario de violencia de género y una situación en la que se puede incurrir en la violación de los derechos humanos que impacta a esta población de forma importante. Esto obliga a los actores implicados en la atención de gestantes a buscar y replicar las herramientas necesarias para el conocimiento sobre el tema y lograr protegerlas de hechos que puedan vulnerarles. (7)

Se trata de una problemática que repercute directamente uno de los pilares de la sociedad (la familia), la cual en muchas ocasiones inicia con el binomio madre e hijo. Las repercusiones que derivan de los fenómenos humanización-deshumanización en la atención materno-perinatal inician en la concepción y atraviesan la gestación, el parto y el puerperio. Éstas no son del todo claras. El análisis de las representaciones sociales de este binomio tiene por delante un camino largo pero prometedor frente a generar respuestas sobre la salud materno perinatal y las implicaciones que se tienen en cuanto a bienestar, desarrollo social, satisfacción personal y una sociedad funcional en torno a la maternidad. Por lo anterior, se establece que de las conclusiones del estudio y del ejercicio aplicado se beneficiarían todos los actores implicados en el proceso de atención en salud.

## 4. Marco Teórico

### 4.1 Generalidades

Conceptualizar la deshumanización en salud, se convierte en un desafío literario que exige tener un panorama general de la situación para garantizar la recopilación confiable de información que ayude a construir estos conceptos. El término "violencia obstétrica" puede ser usado para referirse al maltrato físico, verbal y emocional que ocurre en la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio (15). Diferentes estudios la documentan y definen como "intimidación y coerción de mujeres embarazadas durante el parto por parte del personal sanitario, y un problema sistémico de la violencia de género institucionalizada" (16).

**Tabla 1.** Tipos de violencia obstétrica y sus características

Tipología	Ejemplos
Violencia verbal	Frases groseras, con falta de respeto, vejatoria, coercitivas, discriminatorias, de cuño moralista, comentarios críticos, irónicos y negativos, que exponen a las mujeres al constreñimiento, inferiorización, humillación. La presencia de jerga del tipo: "¿Por qué está llorando? ¡A la hora de hacer, no llora!"; "¡Pero ni duele tanto así!"; "Ah, no llore, no, año que viene estás aquí de nuevo"; "Si no hace fuerza, su bebé va a sufrir"; "Cálese la boca y empuje el bebé"; "Si gritar, paro ahora lo que estoy haciendo". Frases acusadoras y discriminatorias a las mujeres en situación de abortamiento.
Violencia física	Realización de toques vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía; realización de cesarianas desnecesarias; falta de manejo adecuado de dolor (sea antes, durante y después del parto); realización de procedimientos sin la analgesia adecuada (raspado, retirada manual de la placenta, sutura, parto cesárea); utilización de pujos dirigidos; tapas y pellizcos en las piernas; contención física de piernas y brazos durante el parto normal o cesariana; manobra de Kristeller.
Violencia psicológica	Amenazas, gritos, discurso autoritario y hostil, intimidaciones frente al comportamiento de las pacientes; chantajes hechas pela equipo. Atribución de culpa a la mujer en situaciones como: sufrimiento fetal (o estado fetal no tranquilizador); dificultad de realizar pujos en el período expulsivo. Atribución de incapacidad a la mujer que va parir.
Violencia sexual	Realización de toque vaginal sin guantes; manipulación de genitales de forma grosera y falta de respeto, toque en el cuerpo y toque rectal en la mujer sin su consentimiento.
Discriminación social	Falta de respeto, estigma, prejuicio o tratamiento diferencial a la mujer frente a su color, raza/etnia, condición social, económica, conyugal, opción sexual, religión, educación. Abuso financiero por profesionales.
Negligencia en la asistencia	Asistencia indiferente, abandono, recusa en promover cuidados a las mujeres consideradas "quejosas", "escandalosas", "descompensadas", "poco colaborativas", "cuestionadoras". Postergar la asistencia a mujeres en situación de aborto.
Uso inadecuado de procedimientos y tecnologías	Procedimientos iatrogénicos, uso abusivo de oxitocina, inmovilidad en la cama durante el trabajo de parto, parto en posición litotomía, realización rutinera de amniotomía, monitoreo fetal continua de rutina, ayuno prolongado sin indicación, manejo inadecuado del dolor sin justificativas, no realización de contacto piel a piel y clampeaje precoz del cordón umbilical.

*Fuente:* Jardinn D., Modena C. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e 3069 DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069 (4)

Como concepto en construcción se puede afirmar que, al ser una forma específica de maltrato contra las mujeres, constituye una violación a los derechos humanos. El fenómeno suscita diversos señalamientos que pueden generar ansiedad en medio de un gran silencio en la población obstétrica.

Los tipos de violencia anteriormente mencionados incluyen: violencia verbal, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, discriminación social y negligencia en la asistencia (*Tabla 1*). Ejemplos de estas situaciones son: la atención inoportuna e ineficaz de las emergencias obstétricas, obligar a las mujeres a adoptar posiciones por períodos prolongados, obstaculizar el apego precoz del binomio madre-hijo, o alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario (17). Durante el estudio, se prefirió hacer referencia a estas situaciones como escenarios de deshumanización o que vayan en contra del parto respetado.

El actual desarrollo de investigación en violencia de género ha tenido una acogida mediática que ha permitido la concientización acerca del tema. Es así como emerge el concepto de la deshumanización del parto como una de las tantas manifestaciones de violencia contra las mujeres que se encuentra en uno de los momentos críticos de su vida (18). De ahí el interés por aportar a este debate, identificando el estado actual de esta problemática en un hospital bogotano de cuarto nivel de complejidad en la atención, para fomentar que el proceso de atención de los pacientes en estado de embarazo sea el más adecuado.

#### *4.2 Legislación nacional*

La ley colombiana ha establecido distintas medidas acordes a los estatutos internacionales para mantener las conductas médicas dentro del marco legal y evitar situaciones de violencia de género, mas no directamente sobre violencia obstétrica o parto respetado. Se resaltan la ley 51 de 1981 en la cual se ratifica la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEFAW), la ley 360 de 1997 en la cual se hace énfasis sobre los delitos y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia y la ley 1257 de 2008 que busca sensibilizar, prevenir y sancionar cualquier forma de violencia. Todo esto con el fin de proteger la libertad y dignidad humana para todas las mujeres (19 - 21).

Desde entonces se adoptaron nuevas normas que garantizan una vida libre de violencia para la mujer, reconociendo sus derechos y adoptando diferentes políticas públicas (22). En 2014, la senadora Nadia Blel impulsó un proyecto de ley en Colombia contra la violencia obstétrica, que buscaba ampliar la ley 1257, la cual pretendía sancionar y prevenir cualquier acto, instaurado por el personal en salud, que violara los derechos humanos y reproductivos de la mujer por acción u omisión, de forma directa o indirecta durante la gestación, parto o puerperio. Dentro de las acusaciones que serían válidas y aplicables en este contexto, se enuncian el

maltrato físico y verbal, actos de humillación, procedimientos médicos no consentidos, la coerción, revelación de información confidencial, violación a la privacidad, y actos de negligencia, entre otras (23). El Proyecto de ley fue abiertamente rechazado por el gremio médico, puesto que dentro de los términos ubicaba al personal en salud como victimarios y agresores, sin entender las condiciones estructurales de la problemática. Además, algunos términos suscitaban dudas en relación con la autonomía médica (24).

A partir de 2016 dos observatorios (el Observatorio de Violencia Obstétrica de Colombia y Huitaca y el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia), encargados de visibilizar el fenómeno, se mantienen vigentes con el objetivo de proteger a las mujeres de este tipo de violencia. Lo hacen apoyándose en las “Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto”, documento en el que se incluyen aproximadamente 56 recomendaciones, sustentadas científicamente, para llevar a cabo un parto humanizado y seguro, atendiendo a principios como el respeto a los procesos naturales del mismo y sin vulnerar los derechos de las madres y sus hijos (25).

#### *4.3 La deshumanización en contexto*

Como se mencionó previamente, situaciones que pueden representar algún tipo de maltrato incluyen la mala comunicación y no justificación de conductas médicas, tono autoritario por parte de los profesionales de la salud, y subestimación del dolor durante el trabajo de parto, entre otras. Este tipo de acciones voluntarias e involuntarias, se engloban bajo el concepto de deshumanización del parto (7).

Se reconoce que, en gran medida, la deshumanización tiene origen en la medicalización, entendida como la despersonificación y apropiación del cuerpo y sus procesos reproductivos por parte de los profesionales y las instituciones de salud, así como, la patologización de la gestación, culminando en el uso de intervenciones innecesarias y abusivas sobre la persona en estado de embarazo.

En consecuencia, se puede llegar a percibir la gestación como un evento que requiere un control excesivo, en donde se busca hacer intervenciones de forma constante. La persona gestante deja de ser el centro de la atención, para convertirse en objeto de intervención de un protocolo institucional convirtiéndose en un ente carente de información que, en situación de sumisión debe acatar órdenes, desacreditando su capacidad física, fisiológica y mental al momento de parir. El

médico se convierte en una autoridad con elementos técnicos y científicos no permiten establecer una adecuada relación médico-paciente. (26)

#### *4.4 Definición de violencia obstétrica y sus consecuencias*

A partir de lo anterior, ha sido creada una nueva construcción legal en América Latina que incluye elementos de calidad en la atención obstétrica y el maltrato de mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que finalmente cobra una relevancia mundial como indicador de salud materna. Surge entonces la primera definición legal de 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 y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”*. Desde entonces ha sido posible identificar actos violentos y deshumanizados en la práctica médica y atención a la mujer (26).

Para el análisis estructural del fenómeno se deben entonces incluir aspectos sociodemográficos y estudiar la responsabilidad social de diferentes agentes como lo son las instituciones médicas, organizaciones políticas, movimientos culturales y religiosos. Es fundamental entender las consecuencias que se puedan evidenciar posterior a partir de las vivencias negativas durante la atención médica de estas pacientes.

En el estudio de metaanálisis de Zhanga, se identifica que las mujeres que experimentaron algún evento de violencia en comparación con aquellas que no lo hicieron, tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto (27). Estudios anteriores indican que la prevalencia de la depresión postparto varió de 0.9% a 25.5% en países desarrollados, y de 8,2% a 38,2% en países en desarrollo que utilizan la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). De tal forma la lucha contra la atención no humanizada puede ser una herramienta importante contra la depresión postparto: una afección de salud mental que puede tener consecuencias importantes tanto para la mujer como para su hijo y el entorno familiar (27).

#### *4.5 Humanización en salud materno-perinatal*

Por su parte, la atención respetuosa como derecho de la gestante hace referencia a la calidad de la atención en cualquier escenario clínico: urgencias, consulta externa, hospitalización y cuidados y atención alrededor del parto (18). La noción de humanización de la atención en

salud nace en 1969 introducido por Balint; esta busca cambiar el modelo de atención paternalista centrado en la enfermedad, a un modelo centrado en el paciente, en el que el personal de salud en lugar de centrarse en los síntomas de la enfermedad muestra más empatía y compasión por su paciente, entendiéndolo como un ser humano con valores, derechos, y respetando sus valores y preferencias e incluyéndose en el proceso de toma de decisiones. Este modelo se fundamenta en una perspectiva más holística que además tiene en cuenta no solo al paciente sino a su entorno, familiares y cuidadores (15, 16).

En el campo de la salud materno-perinatal este concepto cobra cada vez más interés. Diversos estudios señalan que una adecuada atención fundamentada en la humanización debe reflejarse en la asistencia centrada en la mujer, atención respetuosa, y respeto de los derechos humanos donde se promueva el acceso a los recursos y equidad para todas las mujeres. Con ello se evitarían sanciones, tratos crueles, inhumanos o degradantes durante la atención médica, y se abriría paso a la libertad de pensamiento, de desarrollo de la conciencia y la religión, así como, la posibilidad de opinar y expresarse (18).

Para alcanzar una atención humanizada, se han creado estándares, basados en encuestas a pacientes y estudios demográficos que reflejan las prácticas médicas e interacciones sociales, con las cuales se logra un refuerzo de la relación médico-paciente y se obtiene una retroalimentación favorable por parte de la paciente cuando se interroga acerca de la experiencia de atención del parto. Estos protocolos de manejo pueden variar en cada institución y están sujetas a cambios constantes, ya que se encuentran en íntima relación con cambios culturales, políticos y sociales de una comunidad (18-28).

Las guías nacionales e internacionales (25) que promueven el trato respetuoso, aseguran la dignidad, privacidad y confidencialidad durante la atención, reiteran la importancia de no hacer daño o maltratar a la paciente para que ésta pueda tomar libremente decisiones sobre su cuerpo; de este modo se promueve la comunicación efectiva entre las partes, el acompañamiento durante la atención y la presencia de familiares para apoyo emocional si así la paciente lo desea (28).

Algunos estudios han mostrado resultados adecuados si se logran identificar valores, creencias, mensajes dirigidos y actitudes de apoyo en común por parte de todo el equipo de trabajo médico para orientar y unificar la misión del personal (18).

#### *4.6 Experiencia institucional*

En el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Mayor Mederi, El personal a cargo se encuentra entrenado para la atención de patologías de alto y bajo riesgo, y para la atención del parto complicado y no complicado de la mano de la unidad de cuidado neonatal que cuenta con pediatras y neonatólogos altamente calificados para asistir en la atención del binomio madre-hijo en todos los casos. Al tratarse de un hospital universitario, el personal está comprometido con la formación y educación constante de personal en formación para la carrera de medicina y ciencias de la salud. Para el presente estudio se tuvieron en cuenta 6 especialistas que laboran en el área de obstetricia con un interés y contacto permanente sobre la población entrevistada y 5 residentes que se encuentran en formación para el desarrollo de las competencias mencionadas para el perfil de especialistas en esta misma rama.

Como institución privada de cuarto nivel, la IPS tomada para el estudio, ofrece sus servicios a pacientes de todos los estratos, principalmente 2-4 por su localización geográfica dentro de la ciudad de Bogotá.

Para llegar a este punto, el hospital en que se realizó la investigación desarrolló una lista de derechos y deberes que ayudan a enfocar los valores de la institución y sus colaboradores, además de promover una adecuada comunicación y relación médico paciente. Fomenta aspectos como la participación de la paciente, invita al trato digno y respetuoso entre las partes que hacen parte del proceso, empleados, colaboradores y, por supuesto, las pacientes y su familia (29) También procura que la población atendida tenga la libertad de elegir sobre sus tratamientos y conocer de forma completa las circunstancias que tienen que ver con su estado actual de salud. Invita al uso racional de los recursos disponibles y brinda apoyo espiritual pertinente según sea el caso (18, 29).

Aunque la atención respetuosa es vista de una forma positiva, cambiar el comportamiento y establecer nuevas conductas en el cuidado de la salud, puede ser algo desafiante, particularmente en ambientes en donde el maltrato a la mujer es socialmente aceptado, como es el caso del trabajo de parto.

En este orden de ideas se deben demarcar, resaltar y corregir conductas inadmisibles para establecer de forma manifiesta las acciones que no estarán permitidas dentro de la institución,

firmar y socializar consentimientos informados y promover momentos de información completa a la paciente y a su familia. Se debe fomentar la inclusión a la familia para participación activa (hasta donde la paciente y las condiciones lo permitan) y adecuar las instalaciones en la medida posible para que los sitios de espera sean considerablemente cómodos (28, 29).

Según la OMS (23) las instituciones deben acatar las recomendaciones instauradas hacia el año 2018 para una experiencia positiva durante el embarazo, dentro de las cuales se encuentran (23):

1. La atención respetuosa a todas las mujeres en una manera que mantenga su dignidad y confidencialidad, asegurando que no se sientan heridas o maltratadas y que facilite la toma de decisiones informadas y soporte continuo durante el parto.
2. El abordaje basado en los derechos humanos donde no sólo se mantenga esta característica en el tratamiento de patologías, sino que permita a las mujeres empoderarse y reclamar sus derechos, y no va solamente enfocado en disminuir la morbilidad materna.
3. Las intervenciones a nivel interpersonal entre la paciente y el personal de salud deben realizarse en forma adecuada, así como a nivel de infraestructura y la organización del sistema de salud.
4. Debe haber comunicación efectiva y compromiso entre el personal de salud.

*Recursos necesarios para una atención respetuosa:*

- Equipo de trabajo: número de personal competente, entrenado, supervisado e igualmente remunerado que sepan trabajar en equipos multidisciplinarios y estén en capacidad de brindar un trato digno a todas las mujeres.

- Infraestructura:

1. Habitaciones que permitan a las mujeres estar junto a sus hijos
2. Lugar limpio, apropiadamente iluminado y bien ventilado, con áreas de atención del parto y atención neonatal, adecuadamente equipadas y mantenidas, que permitan la privacidad de las pacientes
3. Área con baños limpios y accesibles para uso de las mujeres en trabajo de parto
4. Estaciones con agua potable, y de higiene con dispensadores de jabón o alcohol
5. Capacidad de camas suficiente

6. Lugar para los acompañantes
7. Supervisión regular del trabajo de parto
8. Reuniones del personal para revisar las prácticas de trato respetuoso
9. Un sistema de quejas accesible para los usuarios

Crear políticas en atención, conscientes de los procesos que circundan los cuidados de la gestante y sus necesidades, puede disminuir la incidencia de eventos violentos. Al lograr este cometido los resultados favorecen la satisfacción del usuario, recomendación, y reutilización de los servicios, lo cual genera refuerzos positivos sobre el personal involucrado en la atención. dichos cambios pueden tener un impacto positivo en términos económicos, epidemiológicos y sociales (18).

## **5. Objetivos**

### *5.1 Objetivo general*

Describir las diferentes representaciones sociales de la humanización y deshumanización durante la atención de la paciente gestante en el servicio de ginecología y obstetricia en un hospital de IV nivel en la ciudad de Bogotá en el segundo semestre de 2021 y el primer semestre del 2022 percibidas por la población atendida y el personal en salud involucrado.

### *5.2 Objetivos específicos*

- Identificar las representaciones sociales de humanización y deshumanización en la atención en salud materno perinatal percibidas por la población gestante atendida en el servicio.
- Identificar y describir las representaciones sociales de humanización y deshumanización en la atención en salud materno perinatal entre el personal de salud (Residentes y especialistas en Ginecología y Obstetricia matriculados activamente en la Universidad del Rosario o con contrato vigente en la institución).
- Caracterizar, comparar y analizar las similitudes o divergencias entre estas representaciones
- Dar recomendaciones que permitan mejorar los procesos de atención humanizada en el servicio de ginecología y obstetricia de la institución.

## **6. Metodología**

### 6.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio de tipo descriptivo, mediante entrevistas semiestructuradas presenciales, entre noviembre de 2021 - mayo 2022. En el estudio se abarcaron temas relacionados con las categorías de humanización y deshumanización para identificar elementos claves que permitieran comprender las representaciones sociales presentes hoy en día en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Mayor - Méderi.

Se organizó el trabajo por fases: la primera consistió en la investigación y revisión de la literatura acerca del tema por medio de las bases de datos: Medline, PubMed, Ovid, ScienceDirect, UpToDate, American Journal of Obstetrics, British Journal of Obstetrics, Clinics of North America, Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada y European Journal of Obstetrics and gynecology con los términos de búsqueda: *Violencia obstétrica*, *“parto humanizado”*, *“deshumanización”*, *“personal de salud”*, *“mujeres embarazadas”*, *“investigación cualitativa”*, *“atención dirigida al paciente”*, *“periodo postparto”*, *“violencia”*, *“bioética”*, *“parto”*, *“Obstetric violence”*, *“humanizing delivery”*, *“dehumanization”*, *“health persone”*, *“pregnant woman”*, *“qualitative research”*, *“patient-centered care”*, *“Postpartum period”*, *“violence”*, *“bioethics”*, *“parturition”*, *“childbirth”*.

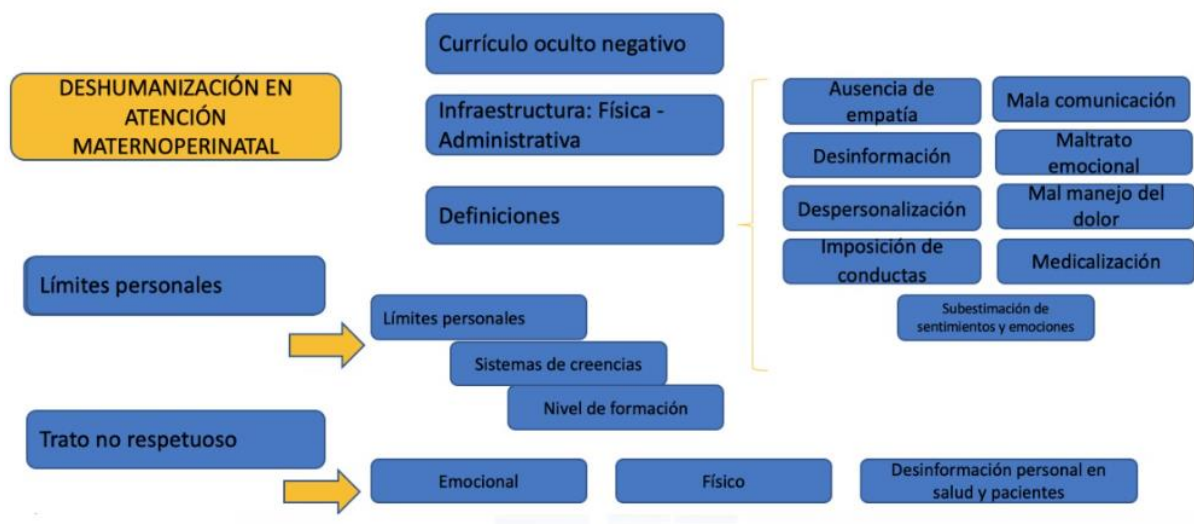
La segunda fase fue de recopilación de información por el método de entrevistas semiestructuradas en donde se indagó acerca de las representaciones sociales de humanización y deshumanización. Los autores fueron capacitados para consignar los datos del estudio cualitativo con personal experto en investigación cualitativa, y fueron necesarios cuatro meses de enseñanza y práctica en el tema. Las entrevistas fueron realizadas y grabadas siempre por dos de las tres autoras del estudio. Fueron finalmente transcritas para su posterior análisis. Se tomó una línea de tiempo como guía que permitió al entrevistador y al entrevistado ubicarse en el espacio correspondiente a momentos o hechos específicos y de esta forma, reconocer fácilmente las experiencias percibidas en la ruta de atención materno perinatal.

En la tercera fase se hizo el análisis cualitativo y estadístico de dicha información a través del sistema de análisis de información Nvivo versión 1.6.2. En donde se definieron dos categorías principales (Humanización y Deshumanización). De estas dos categorías se desglosaron 5 subcategorías. En el caso de deshumanización: definiciones, infraestructura, personalidad, trato no respetuoso y currículo oculto negativo. Se buscó reconocer cómo definen los entrevistados

este término y qué factores asociados a la infraestructura física y administrativa de las instituciones contribuyen a que se perpetúen estas prácticas. Con el mismo fin, se establecieron 5 subcategorías para humanización: definiciones, infraestructura, personalidad, herramientas de apoyo y actitud positiva frente al currículo oculto negativo. (Figura 1, figura 2)

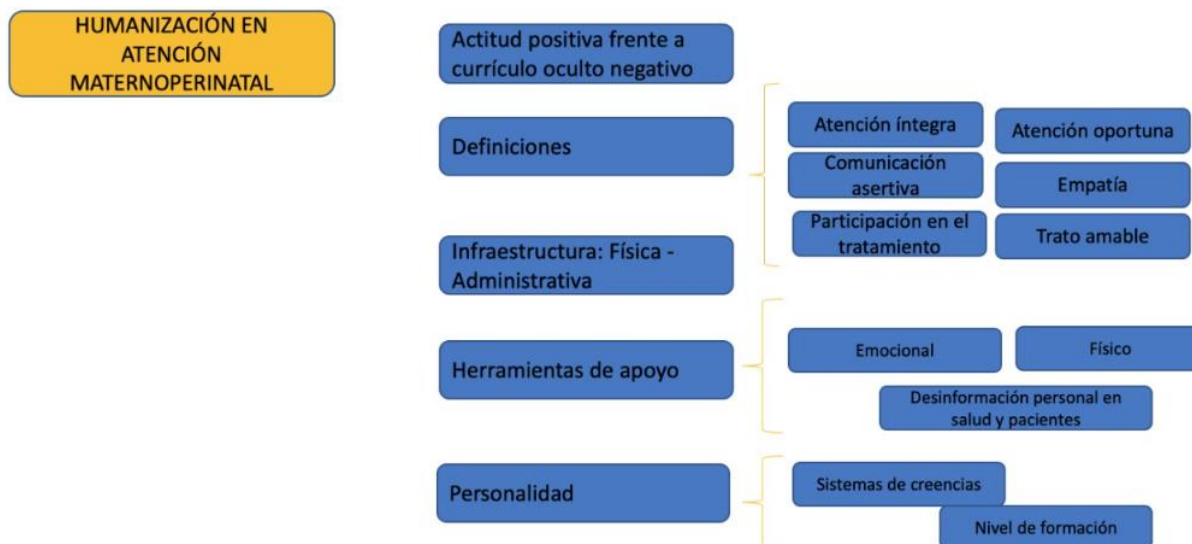
La lectura y análisis de las entrevistas se realizó en dos ocasiones por las tres autoras principales del estudio. Durante estas lecturas, se identificaron y resaltaron en los relatos las afirmaciones que estuvieran en relación con las categorías mencionadas y se les asignó el código correspondiente. Se realizó un informe sobre los datos recopilados, haciendo finalmente el análisis, la interpretación e inferencias de los mismos.

**Figura 1.** Codificación y subcodificación empleada para la categoría de deshumanización



Autoría propia, 2022

**Figura 2.** Codificación y subcodificación empleada para la categoría de humanización



Autoría propia, 2022

## 6.2 Marco muestral y muestreo

El muestreo se realizó a través de un método no probabilístico conocido como *key informants* o informantes clave. Los participantes fueron seleccionados para cada uno de los grupos (paciente, residentes y especialistas en ginecología y obstetricia), teniendo en cuenta los criterios de inclusión y su estado activo en el sistema pacientes hospitalizadas en puerperio dentro de la institución.

La población seleccionada se dividió en tres universos:

- **Universo 1:** Mujeres mayores de 18 años con embarazos de bajo y alto riesgo que se encuentren en puerperio inmediato (primeros 10 días), hospitalizadas en el Hospital Universitario Mayor – Méderi que fuesen capaces de entablar una conversación fluida y coherente.
- **Universo 2:** Hombres y mujeres mayores de 18 años capaces de entablar una conversación fluida y coherente, que se encontrasen cursando la residencia en ginecología y obstetricia en la Universidad del Rosario, y que se encontraran rotando en el Hospital Universitario Mayor - Méderi durante el periodo establecido.
- **Universo 3:** Hombres y mujeres con título de especialista en ginecología y obstetricia que laboraran en la sala de partos del Hospital Universitario Mayor- Méderi al menos desde el 2019 hasta el momento y que contasen con contrato activo en la institución.

Se identificaron las pacientes a partir de la base de datos del sistema de información institucional, filtrando aquellas que se encontraran en puerperio inmediato. El tamaño de la

muestra finalmente estuvo delimitado por el punto de saturación temático en los temas de investigación propuestos para el estudio.

Temas de investigación:

- Escenarios de humanización conocidos y establecidos dentro del servicio
- Escenarios, actitudes y situaciones de deshumanización contra la paciente
- Limitaciones estructurales y del sistema (rutas de atención, barreras de acceso, guías de práctica clínica, tiempos de trabajo, horarios de atención, etc.) que interfieren en el binomio humanización-deshumanización
- Currículo oculto - Conductas aprendidas y no aprendidas, normalización de acciones y actitudes con respecto a la atención de la paciente gestante
- Burn-out
- Binomio humanización-deshumanización

Finalmente se incluyeron 17 entrevistas en las cuales se codificaron las experiencias de 6 pacientes, 5 residentes de ginecología y obstetricia de la Universidad del Rosario y 6 Ginecólogos y obstetras, manteniendo los protocolos de bioseguridad, según las recomendaciones internacionales del distanciamiento social con respecto a la pandemia por COVID 19.

#### *6.2.1 Cálculo del tamaño de la muestra*

El tamaño de la muestra finalmente fue delimitado por el punto de saturación temático en los temas de investigación propuestos para el estudio, lo que explica un total de 17 participantes al final el estudio (6 pacientes, 6 especialistas y 5 residentes).

#### *6.2.2 Definición de unidad de análisis*

La unidad de análisis corresponde a la población gestante atendida en el servicio de Salud sexual y reproductiva del Hospital Universitario Mayor- Méderi y profesionales de la salud involucrados en dicho proceso.

### *6.3 Criterios de elegibilidad*

#### *Relacionado con pacientes*

#### *Criterios de inclusión*

- Mujeres mayores de 18 años con embarazos de bajo y alto riesgo que se encuentren aún en gestación o en puerperio inmediato que hayan sido atendidas en el Hospital Universitario Mayor, al menos una vez durante los años propuestos, capaces de entablar una conversación fluida y coherente.

#### Criterios de exclusión

- Mujeres con antecedente de óbito fetal, muerte perinatal o madres de neonatos con enfermedades al nacer
- Mujeres con patología psiquiátrica diagnosticada previa al embarazo, esto con el fin de evitar la revictimización de estas pacientes.

#### Relacionado con personal de salud

##### Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años capaces de entablar una conversación fluida y coherente, que se encuentren cursando la residencia de ginecología y obstetricia en la universidad del Rosario, y que se encuentren rotando en el Hospital Mayor Méderi.
- Hombres y mujeres con título de especialista en ginecología y obstetricia que laboren en la sala de partos del Hospital Universitario Mayor- Méderi al menos desde el 2019 hasta el momento y que cuenten con contrato activo con la institución.

##### Criterios de exclusión

- Trabajadores que hicieran parte del servicio de salud sexual y reproductiva que no accedieron a la firma del consentimiento informado para hacer parte del estudio.

#### *6.4 Planteamiento de hipótesis*

Por el tipo de estudio (cualitativo) no se formula hipótesis.

#### *6.5 Fuentes de información y recolección de datos*

La fuente de información primaria fueron las encuestas semiestructuras aplicadas de forma presencial siguiendo normal y protocolos de bioseguridad en contra de pandemia COVID 19.

Estas entrevistas fueron previamente diseñadas en conjunto con un grupo multidisciplinario y experto en el tema para tal fin y en consenso con los autores del presente estudio. (ver anexos 13.2)

La duración de las entrevistas fue de aproximadamente de 60 - 90 minutos; en el caso específico de los obstetras y del personal asistencial, en caso de haber limitación en la disponibilidad de tiempo, se dividió la entrevista en 2 tiempos. Después de haber grabado las entrevistas, estas fueron transcritas y codificadas a través del sistema de análisis de información Nvivo® Versión 1.6.2. La codificación se realizó en al menos dos ocasiones por parte de las 3 autoras del estudio, identificando representaciones sociales de humanización y deshumanización y codificando las mismas, para realizar posteriormente el análisis cualitativo y estadístico de dicha información.

### 6.6 Prueba piloto

Bajo la supervisión de instructores de la Universidad del Rosario y tras el entrenamiento en investigación cualitativa, se realizaron 3 pruebas piloto en conjunto con los expertos a través de la plataforma digital zoom, con el fin de implementar, evaluar y ajustar los documentos propuestos como plantilla para las entrevistas semiestructuradas, así como practicar, corregir y establecer la forma adecuada de hacer el interrogatorio. Estos datos fueron conocidos por el comité de ética antes de la recolección de datos final y no fueron incluidos dentro de los resultados del estudio.

### 6.7 Variables

**Tabla 2.** Matriz de variables

Edad	Número de años vividos	Cuantitativa de razón	Años
Paridad	Cantidad de hijos vivos	Cualitativa nominal	Nulípara Multípara
Estrato socioeconómico	Nivel social y económico que representa dentro de una comunidad	Cualitativa ordinal	1 2 3 4 5 6
Variable	Definición	Tipo y naturaleza	Codificación
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado	Cualitativa ordinal	Analfabeta Básica primaria Bachillerato Universitarios Postgrado

EPS	Entidad prestadora de Salud a la que pertenece	Cualitativa nominal	(Nombre de la EPS)
Procedencia	Punto geográfico del que proviene	Cualitativa nominal	Lugar de nacimiento
Grupo poblacional	Grupo que comparte características similares	Cualitativa nominal	Discapacitada Desplazada Migrante Carcelaria Gestante Indigente Población infantil a cargo del ICBF Madre comunitaria Desmovilizada Centro psiquiátrico Víctima de violencia armada Afrodescendientes Indígenas Comunidad LGTBIQ
Intensidad horaria	Cantidad de horas trabajadas en un periodo de tiempo	Cuantitativa de razón	Horas por semana
Experiencia laboral	Tiempo que lleva trabajando en el campo	Cuantitativa de razón	Años
Código de Definición para pacientes	Conceptos generados sobre el término “Deshumanización”	Cualitativa nominal politómica	Ausencia de empatía Desinformación Despersonalización imposición de conductas Mala comunicación Maltrato emocional Manejo inadecuado del dolor Medicalización Subestimación de emociones y sentimientos
Currículo oculto para pacientes	Aprendizajes que son incorporados por los estudiantes, aunque dichos aspectos no figuren en el currículo oficial. Según las circunstancias y las	Cualitativa nominal	Presente Ausente

	personas en contacto con los estudiantes dichos contenidos pueden o no, ser "enseñados" con intención expresa.		
Infraestructura para pacientes	Conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país, de una ciudad o de una organización cualquiera	Cualitativa nominal dicotómica	Infraestructura administrativa Infraestructura física
Trato no respetuoso para pacientes	Acción o efecto de atentar contra la persona en su esfera física y/o mental	Cualitativa nominal politómica	Desinformación del personal en salud Maltrato emocional Maltrato físico
Personalidad para pacientes	Conjunto de características, habilidades o cualidades individuales originales que destacan en algunas personas.	Cualitativa nominal politómica	Límites personales Nivel de formación del personal Sistema de creencias
Definición para personal de salud	Conceptos generados sobre el término "Humanización"		Definición Actitud positiva frente al currículo oculto, Infraestructura Herramientas de apoyo Personalidad.
Currículo oculto para personal de salud	Aprendizajes que son incorporados por los estudiantes, aunque dichos aspectos no figuren en el currículo oficial. Según las circunstancias y las personas en contacto con los estudiantes dichos contenidos pueden o no, ser "enseñados" con intención expresa.	Cualitativa nominal	Presente Ausente
Infraestructura para personal de salud	Conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país, de una ciudad o de una organización cualquiera.	Cualitativa nominal dicotómica	Infraestructura administrativa Infraestructura física

Herramientas de apoyo para personal de salud	Elementos que ayudan a alguien a conseguir algo o que favorece el desarrollo de algo.	Cualitativa nominal politómica	Desinformación del personal en salud Maltrato emocional Maltrato físico
Personalidad para personal de salud	Conjunto de características, habilidades o cualidades individuales originales que destacan en algunas personas.	Cualitativa nominal politómica	Límites personales Nivel de formación del personal Sistema de creencias

### 6.6 Control de sesgos y errores

Previo a la toma de datos se realizaron diez sesiones de capacitación con personas idóneas sobre investigación cualitativa para la enseñanza de este tipo de estudio y tabulación de los datos.

Las encuestas fueron aplicadas únicamente por las autoras principales, previo consenso de las variables y definiciones. Siempre se contó con la presencia de dos evaluadores simultáneamente tomando información de forma independiente para luego ser contrastada en consenso para la tabulación de los datos. La información se tomó en tiempo real, con la ayuda de grabaciones (previamente autorizadas) para minimizar las interpretaciones erróneas o sesgo de información. Todas las entrevistas fueron escuchadas al menos en dos ocasiones adicionales para verificar los relatos, percepciones y representaciones de humanización- deshumanización mencionadas por las pacientes y el personal de salud.

Las encuestas fueron transcritas de forma manual y fueron guardadas en los equipos dispuestos en el hospital para total confidencialidad y protección frente a la alteración de la información. La lectura e interpretación de códigos fue realizada de forma individual por cada una de las autoras en el programa *Nvivo (versión 1.6.2)*. Posteriormente se agruparon los resultados encontrados y se realizó la interpretación y análisis de los mismos, en conjunto.

#### 6.6.1 Análisis de validez y confiabilidad

Variable de confusión: Sesgo de información. Control: Grabación en tiempo real de las entrevistas para posterior análisis.

Variable de confusión: Selección de información otorgada por los participantes del estudio. Control: Entrenamiento en investigación cualitativa.

Variable de confusión: Sesgo de memoria Control: Selección de pacientes hospitalizadas en puerperio inmediato (no mayor a 10 días).

Variable de confusión: Omisión de información relevante por parte de entrevistados. Control: Triangulación de la información (Combinación de métodos de recolección de datos).

### *6.7 Plan de análisis*

Todos los datos fueron tabulados de forma anónima. Se realizó un análisis cualitativo y narrativo, con el apoyo del programa *Nvivo (versión 1.6.2)* como una herramienta que tiene por objetivo la organización, el análisis e interpretación de la información de investigación cualitativa.

Tras la codificación de las entrevistas realizadas, se identificaron dos grandes categorías de análisis relacionadas con el concepto de humanización y deshumanización en la atención materno-perinatal, y las subcategorías correspondientes (figuras 1 y 2). Para cada una de las anteriores se establecieron códigos con el fin de determinar la cobertura (número de veces que se identifica una situación que corresponda a las diferentes categorías) de los hallazgos. Estos fueron utilizados para la organización, análisis narrativo e interpretación de los datos. Se realizó un informe sobre resultados obtenidos, haciendo finalmente recomendaciones; las cuales se analizan según la perspectiva del paciente en contraste con la perspectiva del personal de salud (residente y Ginecobotetra).

Se eligió el método de análisis de contenido de Bardin, el cual involucra tres etapas: pre-análisis, exploración del material y el procesamiento de los resultados, la inferencia, y la interpretación. Se organizaron las transcripciones de las entrevistas, los autores codificaron los resultados llegando así a las conclusiones del estudio.

## **7. Consideraciones éticas**

Se considera un estudio de riesgo mínimo, según la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas en salud que permite la investigación en humanos, (30) pues no se realizaron intervenciones o modificaciones sobre

variables biológicas de la población elegida, sin embargo, el contacto durante la aplicación de las entrevistas para la recolección de datos, pudo incurrir en revictimización y/o desencadenar eventos psicológicos y/o psiquiátricos, principalmente en la población gestante. El presente no indujo cambios en las conductas de atención de las pacientes; sólo se analizó lo que ocurrió durante el proceso de atención de esta. En caso de evidenciar conductas cuestionables en relación con algún caso, en acuerdo con el comité de ética y técnico científico de la institución, se estableció el compromiso de informar a la autoridad pertinente (Jefe de servicio de salud sexual y reproductiva, Dr. Javier Ardila) para prestar la ayuda necesaria de la mano del equipo de trabajo social, psicología o psiquiatría. Durante el análisis de los datos no se evidenció ninguna representación o situación de violencia susceptible de reporte.

La investigación tiene como uno de sus objetivos contribuir en la calidad del proceso de atención y prevenir posibles lesiones a la salud materna tanto física como mental. Se evitó el uso de nombres para mantener la información de forma anónima.

El estudio sigue los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (Fortaleza, Brasil, 2013) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”) (31). Se reconoce el derecho a la protección de datos personales y a la privacidad, por lo que se tuvo en cuenta el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea en régimen desde el 2018.

Con el fin de cumplir con el tratamiento de datos personales y de la información que se obtuvo en cada entrevista aplicada, se diseñaron consentimientos informados para cada perfil de participante en los cuales se incluyó el objetivo del trabajo de investigación y se aclaró el tiempo durante el cual se manejaron los datos y se garantizó la privacidad de la información al no ser tratada en ningún computador institucional.

El presente estudio cuenta con la aprobación de tutores y de la universidad desde el principio del mismo. Se presentó ante comité de ética del Hospital Universitario Mayor con acta de aprobación número 16/2021 (Ver anexos).

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas por las autoras, con el apoyo del programa Nvivo versión 1.6.2. Toda la información se mantuvo resguardada en los computadores

ubicados en el hospital bajo un código de asignación anónima, protegido contra fugas de información.

Se mantuvo y se mantiene en todo momento el buen nombre de la institución y se siguió una ruta protocolizada en caso de observar algún trato no humanizado con un paciente.

Una vez culminada la investigación y realizada la publicación, se dejarán los datos obtenidos en un solo ordenador, en el archivo de gestión de la institución responsable del manejo de datos personales, en este caso, el Hospital Universitario Mayor Méderi, por un plazo de máximo 5 años; posteriormente deberán ser trasladados al archivo central por 10 años más.

El valor científico del proyecto radica en la importancia de promover las políticas institucionales que disminuyan las acciones que violenten los derechos de la población gestante basados en la evidencia y recomendaciones expresadas por diferentes sociedades científicas internacionales.

## **8. Resultados**

El servicio de salud sexual y reproductiva del Hospital en estudio está constituido por un grupo de 22 ginecólogos y obstetras formados en diferentes universidades del país y el territorio latinoamericano cuya labor está enfocada en el manejo y atención de la persona gestante desde su control prenatal hasta el puerperio, en un hospital de cuarto nivel capaz de suplir cualquier necesidad que ésta pueda tener durante su gestación (servicio de urgencias obstétricas y

ginecológicas, cirugía ginecológica programada y de urgencia, consulta externa, ecografía y diagnóstico prenatal y hospitalización).

La población gestante abarca rangos de edades desde los 14 hasta los 42 años, beneficiarias y cotizantes al sistema de salud de Colombia. El nivel educativo de las personas en gestación que asisten a la institución se encuentra entre estudios secundarios hasta técnicos y profesionales, con una pequeña representación de especialistas o más avanzados. Se tuvieron en cuenta 6 pacientes para la investigación.

Se analizaron y codificaron los resultados derivados de 17 entrevistas semiestructuradas (figuras 1 y 2) y encuestas sociodemográficas (Tabla 3).

Nota aclaratoria: En cada entrevista, se identificaron (una o múltiples veces) situaciones representativas de cada uno de los códigos o subcódigos. Por eso, una misma situación podía codificar para diferentes categorías. Ejemplo:

*“sí definitivamente una paciente no quiere sentir dolor, o sea, quiere minimizar esa sensación, pues nosotros tenemos qué hacerlo” (Residente 2)\*\*\**

\*\*\*\* Codifica para manejo de dolor y para atención integra.

**Tabla 3.** Características sociodemográficas de la población participante en las entrevistas

VARIABLE	PROFESIONALES EN SALUD (n=11)	PACIENTES (n=6)	VARIABLE	PROFESIONALES EN SALUD (n=11)	PACIENTE (n=6)
Total (n=17)		Total (n=17)		Total (n=17)	
<b>EDAD</b>			<b>ESCOLARIDAD</b>		
10 – 20 AÑOS	0	1	ANALFABETA	0	0
20 – 30 AÑOS	4	3	BÁSICA PRIMARIA	0	0
30 – 40 AÑOS	6	2	BACHILLERATO	0	0
40- 50 AÑOS	1	0	TECNICO	0	5
50 – 60 AÑOS	0	0	PREGRADO	5	0

			POSGRADO	6	1
PROCEDENCIA			PARIDAD		
BOGOTA	9	5	MULTÍPARA	2	5
VILLAVICENCIO	0	1	PRIMÍPARA	9	1
IBAGUE	2	0			
SEXO			REGIMEN DE		
F	8	6	SALUD	0	1
M	3	0	SUBSIDIADO	11	5
			CONTRIBUTIVO		
INTENSIDAD			EMPLEOS		
HORARIA			1 – 2	10	6
< 60H SEM	10	-	>2	1	0
> 60 H SEM	1	-			
ESTRATO			EXPERIENCIA		
SOCIOECONÓMICO			LABORAL		
0	0	0	1 – 3 AÑOS	3	-
1	0	2	>3 AÑOS	8	-
2	0	3			
3	2	1			
4	7	0			
5	2	0			
6	0	0			

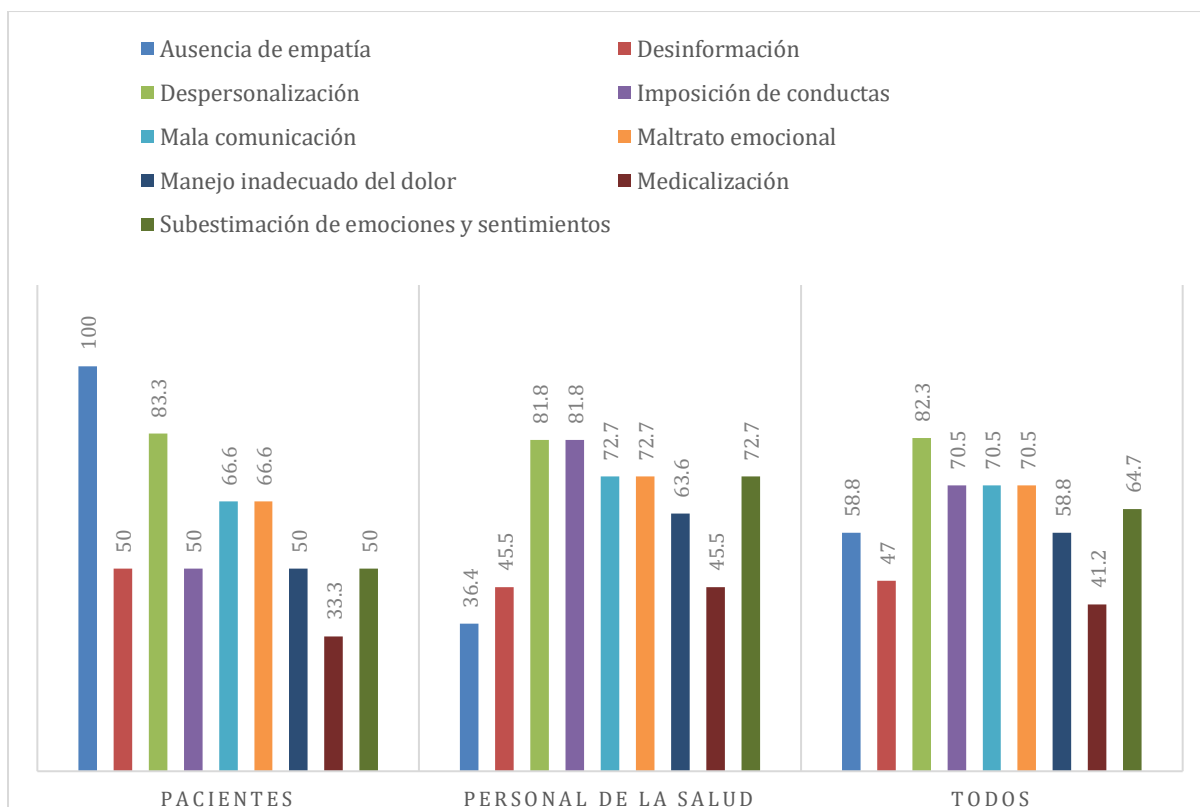
### 8.1 Análisis de categoría de deshumanización

Dentro de la categoría de deshumanización se establecieron cinco grupos de codificación los cuales son: definición, currículo oculto, infraestructura, trato no respetuoso y personalidad, como se observa en el esquema anterior.

#### Definición

Bajo el código de definición se incluyeron 9 subcódigos que atienden a: ausencia de empatía; desinformación; despersonalización; imposición de conductas; mala comunicación; maltrato emocional; manejo inadecuado del dolor; medicalización y subestimación de emociones y sentimientos. (Figura 3)

**Figura 3.** Comparación de la definición de deshumanización de personal de la salud frente a los pacientes.



*Autoría propia, 2022*

Se estableció que el 58.8% (n=10) de los entrevistados mencionaron la ausencia de empatía dentro de su definición de deshumanización. El 47% (n=8) integraron desinformación, 82,3% (n=14) despersonalización y 70.5% (n=12) lo relacionó con imposición de conductas, mala comunicación o maltrato emocional. El 64.7% (n=11) de los entrevistados consideraron que se trata de subestimación de las emociones y sentimientos del paciente, mientras que 41,2% (n=7) piensa que se asocia a la medicalización de procesos. (Figura 3)

Con respecto al personal de la salud, el 81,8% (n=9) lo definió como despersonalización e imposición de conductas, el 72,7% (n=8) como mala comunicación, subestimación de sentimientos y maltrato emocional frente al 63,6% (n=7) que considero que se asociaba a mala modulación del dolor. Tan solo un 36.4% (n=4) lo definió como ausencia de empatía. (Figura 3)

Finalmente, el 100% (n=6) de las pacientes incluyó ausencia de empatía en su definición de deshumanización, frente al 83,3% (n=5) que lo asocio a despersonalización, y el 66,6% (n=4)

que lo incluyo como mala comunicación o maltrato emocional. El 50% (n=3) de las pacientes indicaron que se trataba de una situación de desinformación, imposición de conductas, subestimación de sentimientos y emociones o mala modulación del dolor, y 33,3% (n=2) de medicalización. (Figura 3)

- *“no es considerado con la otra persona ver que la otra persona se está cayendo y uno la puede ayudar y no lo haga.” (Paciente 4)*

### Currículo oculto

El 90.9% (n=16) de los entrevistados desconocían el término currículo oculto. Sin embargo, al profundizar en el tema el 100% (n=17) identificó situaciones representativas asociadas. Se citan a continuación algunos ejemplos referidos:

- *“...las cosas que uno aprende sin querer y las mañas que, pues digamos que van siendo impuestas a lo largo de los años, que uno va viendo y va replicando consciente o inconscientemente” (Residente 3)*
- *“Uno termina imitando muchas conductas de sus profesores y asume que es lo correcto porque es lo que uno ve” (Especialista 2)*
- *“...si ellos ven que uno regaña a las pacientes las maltrata o hace cosas pues ellos van a aprender lo mismo...” (Especialista 3)*
- *“...lo replicaban las jefes con muchos años de experiencia que no se adaptan a los cambios o estudiantes, “que para tener relaciones si pudo abrir las piernas entonces pa tenerlo también tiene que poder”.” (Especialista 4)*

### Infraestructura

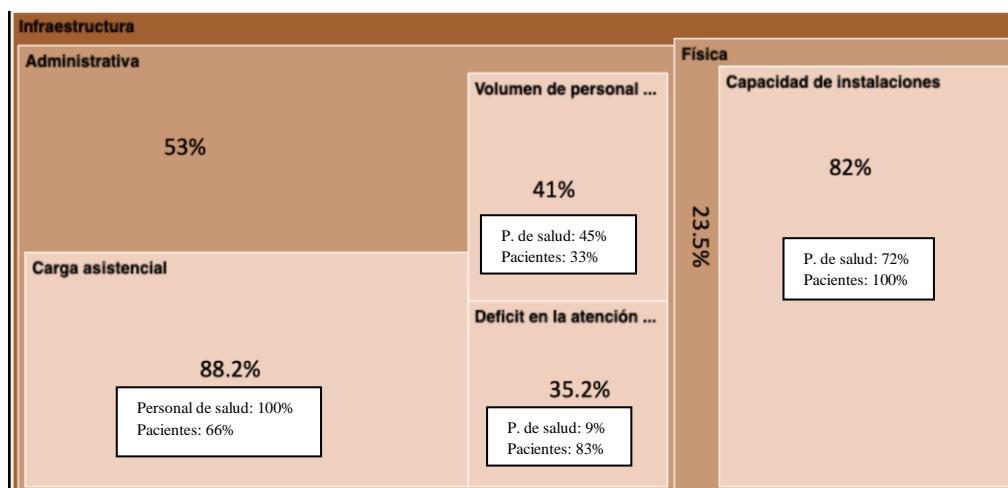
Bajo el código de infraestructura se incluyeron 2 subcódigos que comprenden la infraestructura administrativa comprendida por las 3 categorías: carga asistencial, déficit en la atención de calidad y volumen del personal en salud e infraestructura física con un subcódigo denominado capacidad de instalaciones (Figura 4).

Se encontró que el 53% (n=9) de la población incluida en el estudio, encontró relación entre dificultades en el área administrativa y la deshumanización, donde el 88,2% (n= 15) establecieron que la falencia se encuentra en la carga asistencial, mientras el 35,2% (n=6) la

relacionaron con el déficit para la atención en calidad. El 82% (n=14) indicó que se asocia a la infraestructura física, específicamente en la capacidad de las instalaciones.

Al discriminar por respuestas dadas, se evidenció que el 100% de la personal salud asocia la alta carga asistencial con atención deshumanizada; por otro lado, el 100% de las pacientes entrevistadas perciben como determinante de la atención la infraestructura física.

**Figura 4.** Impacto de las diferentes representaciones de la infraestructura y su asociación con deshumanización en la atención materno-perinatal.



Autoría propia, 2022

- “Lo que pasa es que ellas trabajan algo que para mí fue muy importante y es construir una relación, ¿si? Si X me hace a mí los 7 controles y marcela me recibe a mí el bebé pues uff, vamos a construir una relación” (Paciente 6)
- “Mi doula vino a visitarme, no me recibió mi bebé, pero vino donde yo estoy. Claro es un trabajo diferente, más personalizado, ellas no sacan 15, no se cuanto partos pueden sacar ustedes en un turno. Es diferente, pero es eso. Comprendiendo las limitaciones que tiene el sistema de salud de Colombia, es la construcción de una relación” (Paciente 6)

Trato no respetuoso

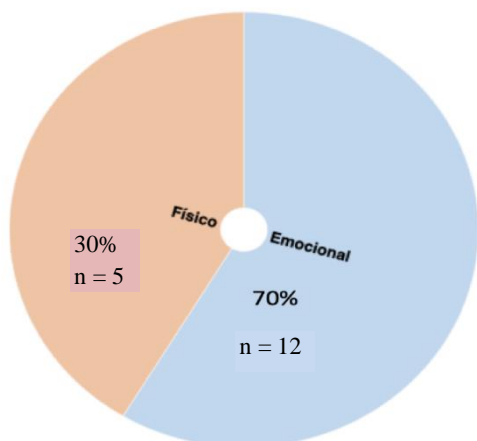
En el caso de trato no respetuoso se incluyeron 4 subcódigos: desinformación del paciente con una subcategoría enfocada en el nivel educativo del paciente, desinformación del personal en salud, maltrato emocional y maltrato físico. El 82% (n=14) de los entrevistados indicaron una relación entre la deshumanización y la desinformación por parte del paciente, 29,4% (n=5) lo

relacionaron con desinformación del personal en salud, 70,5% (n=12) con maltrato emocional y 64,7% (n=11) con maltrato físico. Al comparar la importancia otorgada al maltrato físico vs el emocional se encontró una mayor importancia sobre el maltrato emocional en un 70% (n=12) con respecto al maltrato físico 30% (n=5). El nivel de educación de las pacientes fue mencionado en múltiples oportunidades como un factor que condiciona escenarios de deshumanización. (Figura 5)

Al comparar las respuestas obtenidas de acuerdo al grupo poblacional se evidenció que hubo una igualdad en cuanto a la relación otorgada a la desinformación en las pacientes con la deshumanización (personal en salud 45% - pacientes 50%). Respecto a la desinformación del personal en salud y su asociación con prácticas no humanizadas, también se mencionaron en proporción similar (personal en salud 27% - pacientes 33%). En lo referente al maltrato físico y emocional, se observó que el 83% de las pacientes en ambos casos identificaron e hicieron referencia a la importancia de estos tipos de violencia dentro de los escenarios deshumanizados, en contraste, tan solo el 54% de personal en salud identificó situaciones de maltrato físico y el 63% de maltrato emocional.

- *“...muchos médicos entienden que los pacientes son tabula rasa. Tienen una mente en blanco y no saben nada. O uno les dice: X; y “¿Ya lo consultó en Google?” ... Hombre ¡que sí! Pues que así funciona, si tu vas a hacerte un arroz con leche vas y te lo haces. No es lo mismo que ah quiero sacarte una vesícula, tampoco, pero es verdad que hoy tenemos un poco más de información.” (Paciente 6)*
- *“mi experiencia en la atención del parto la vez pasada fue terrible. Desde la auxiliar de enfermería hasta el médico, me botaron en una camilla, no me dejaban mover, no podía deambular y al lado estaba él. la gente esperando afuera y había hombres que veían cuando me hacían el tacto vaginal” (Paciente 2 – haciendo referencia a la experiencia en otra institución)*
- *“...el proceso del trabajo de parto es toda la educación sexual que en Colombia no recibimos” (Paciente 6)*

**Figura 5.** *Importancia otorgada entre los entrevistados al trato no respetuoso emocional vs. Físico en la creación de un trato no deshumanizado*



Autoría propia, 2022

### Personalidad

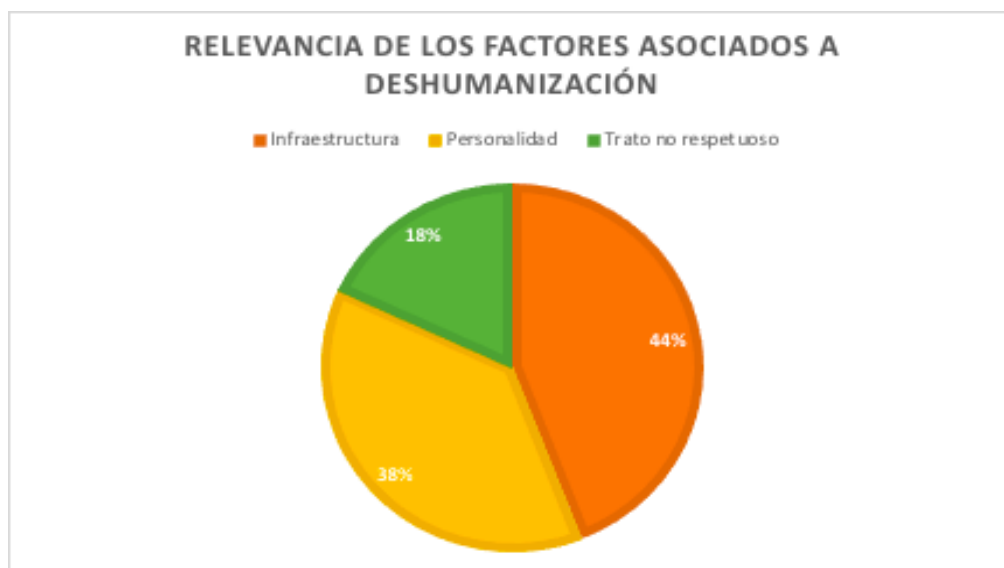
Para el código de personalidad se tuvieron en cuenta 3 subcategorías: límites personales (carácter, ética y moral), nivel de formación del personal en salud y sistema de creencias.

Al cuestionar acerca de la influencia de la personalidad en la atención deshumanizada, se encontró que el 64% (n=10) de los entrevistados piensa que sí es un factor que influye en el tema. La subcategoría que mayor asociación tuvo con la atención deshumanizada fue el nivel de información del personal en salud con un 29.4% (n=5). Ésta tuvo mayor peso para las pacientes (80% (n=3), seguido del grupo de residentes 20% (n=2) y no tuvo relevancia para los especialistas (0%).

### Análisis global de los factores asociados a deshumanización por códigos

Al comparar la relevancia por codificaciones de las categorías identificadas como factores asociados a la deshumanización (infraestructura, personalidad y trato no respetuoso) se encontró que el 44% (n= 7) de los entrevistados mencionaron la infraestructura como un factor determinante de la atención deshumanizada, frente a un 38% (n= 6) en relación a personalidad y un 18% (n= 4) a trato no respetuoso (*Figura 6*).

**Figura 6.** Relevancia de los factores asociados a la deshumanización.



Autoría propia, 2022

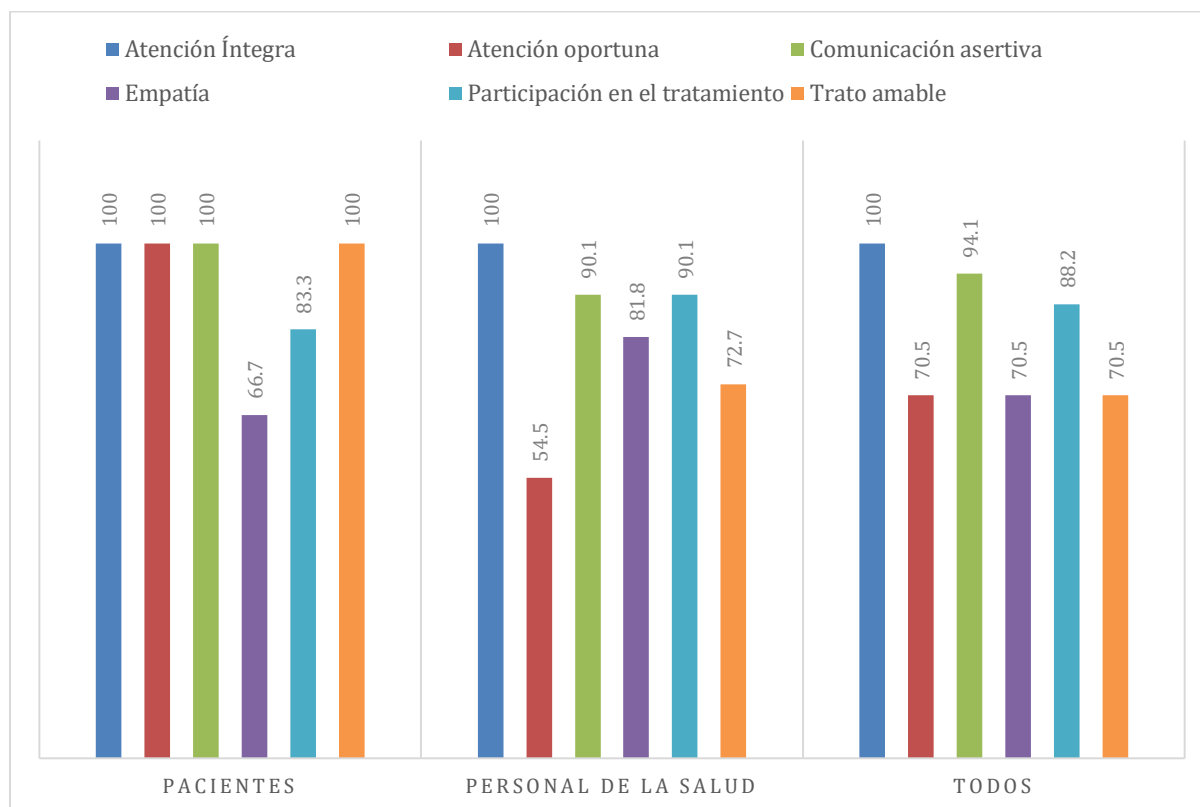
## 8.2 Análisis de la categoría de humanización

Dentro del grupo atención humanizada se establecieron cinco grupos de codificación los cuales son: definición, actitud positiva frente al currículo oculto, infraestructura, herramientas de apoyo y personalidad.

### Definición

En la categoría de definición se incluyeron 6 subcategorías que atienden a: atención íntegra, atención oportuna, comunicación asertiva, empatía, participación en el tratamiento y trato amable. Encontrando que el 100% (n= 17) de los entrevistados definieron humanización como una atención íntegra, frente al 94.1% (n= 16) que asocian humanización como comunicación asertiva, el 88.2% (n= 15) y el 70,5% (n= 12) que la definieron como participación de la paciente en el tratamiento y atención oportuna, respectivamente. La empatía estuvo presente en un 76.4% (n= 13) de las definiciones referidas por los entrevistados, para este caso el 81.8% (n= 9) corresponde a personal en salud. Finalmente, 82.4% (n= 14) de la población entrevistada asoció el término con el trato amable (Figura 7).

**Figura 7.** Comparación de la definición de humanización según el personal de la salud frente-pacientes.



Autoría propia, 2022

Al comparar los dos grupos poblacionales entrevistados (personal de salud y pacientes) se encontró que el personal de salud define humanización como comunicación asertiva en el 90.1% (n=10) de los casos, seguido de participación en el tratamiento 90.1% (n=10), empatía 81,1% (n=9) y trato amable 72.7% (n=8), con menos frecuencia se asoció con la atención oportuna en un 54.5% (n=6) de los casos. En contraste, los términos a los que más hicieron referencia las pacientes para definir humanización se destacan en orden de frecuencia los siguientes: atención oportuna 100% (n=6) al igual que en el caso del personal médico, comunicación asertiva 100% (n=6), trato amable 100% (n=6), participación en el tratamiento 83.3% (n=5) y por último empatía 66.7% (n=4). (Figura 8)

Una vez fueron tabulados los resultados y comparados, se establecen características asociadas a la comunicación asertiva. Ver tabla 4.

**Tabla 4.** *Formas de comunicación asertiva (derivadas del trabajo)*

<b>Formas de comunicación asertiva</b>
Comunicación e información a familiares
Lenguaje claro y sencillo
Refuerzo positivo sobre conductas y acciones
Relación médico paciente
Educación e información constante al paciente
Uso de analogías
Solicitud de consentimiento
Discurso en el margen del respeto
Sinceridad
Presentación del equipo
Permitir la comunicación bidireccional

*Actitud positiva frente al currículum oculto*

Ya que el término currículum oculto atiende a una connotación negativa, se buscó identificar acciones y actitudes del personal de salud entrevistado frente al currículum oculto, que promovieran la humanización de la atención.

Se identificaron actitudes positivas frente a un currículum oculto negativo en el 72% (n=8) del personal de salud entrevistado.

- *“empezamos a cuestionarnos ciertas conductas” (especialista 2)*
- *“ya cuando de pronto estamos de residente que somos un poco más maduros o ya hemos trabajado como médicos generales también ya sí nos quedan mucho más fácil el poder decidir qué modelo copiar y qué cosas de otro instructor definitivamente no la vamos a seguir o no las vamos a heredar” (especialista 1)*
- *“tengo como fragmentos de muchos momentos que han sido importantes para yo determinar qué cosas quiero y no quiero replicar en mi ejercicio profesional.” (Residente 3)*

### Infraestructura

Bajo el código de infraestructura se incluyeron 2 subcódigos que comprenden la infraestructura administrativa, a su vez, subdividida en: agilidad en rutas de atención y personal asistencial suficiente; e infraestructura física con un subcódigo denominado espacios en atención adecuados.

Con respecto a la infraestructura administrativa, el 100% (n=6) de las pacientes asocian la agilidad en los procesos de atención como parte de la humanización, en contraste ninguno de los entrevistados pertenecientes al grupo médico lo encontró relevante. Por otro lado, el 50% (n=3) de las pacientes, considera que el contar con personal asistencial suficiente, favorece una atención en salud de calidad, mientras que solamente el 18% (n=2) del personal de la salud incluido en el estudio, lo relacionó con humanización de la atención.

El 54.5% (n=6) del personal médico entrevistado encontró relevante la disponibilidad de espacios de atención adecuados para brindar un trato humanizado a sus pacientes, lo cual concuerda con que el 66.6% (n=4) de las pacientes también lo resaltaron como factor que impacta positivamente al consultar en una institución.

- *““Acá también te puedes acurrucar, puedes hacer esto, puedes hacer...” Entonces yo entiendo que aquí hay prácticas de parto humanizado y yo pues no tenía ni idea de una clínica así en Bogotá.”” (Paciente 6)*
- *es muy cómodo para todas nosotras las maternas y ya después del parto también nos dan nuestro propio espacio para el área de maternidad (Paciente 3)*
- *"La habitación era para uno solo" (Paciente5)*

### Herramientas de apoyo

En el caso de herramientas de apoyo se incluyeron 4 subcódigos: educación e información al paciente, educación e información al personal de la salud, herramientas de apoyo emocional y herramientas de apoyo físico.

La presencia de un acompañante durante el parto fue la herramienta de apoyo emocional y físico más relevante para las pacientes en su percepción de atención humanizada, siendo destacada por el 100% (n=6) de las mismas, que además es una política institucional, la cual se identificó que se cumple en su totalidad dentro de la institución.

El 63.6% (n=7) del personal de salud identificó la educación e información al paciente, como factor determinante de la humanización en el cuidado médico, frente al 83.3% (n=5) de las pacientes que concuerdan con esto.

- *“pero siempre debemos tener en cuenta durante el control prenatal, preguntar el acompañamiento, el soporte biopsicosocial, el soporte social que tiene esta paciente el apoyo de la familia o de su compañero etcétera porque esto es fundamental durante todo el embarazo.” (Especialista 2)*
- *“Sí creo que lo ayudan a uno mucho porque por ejemplo en el tema de la cabeza cuando uno le da el pujo el mío me la sostuvo y me dio aire entonces me ayudo bastante” (Paciente 2)*
- *“el hecho que el familiar este al lado de uno y no solo con las maternas sino en cualquier especialidad si el paciente necesita acompañante constante Mederi da la opción” (Paciente 3)*

Se enuncian a continuación las herramientas de apoyo físico y emocional identificadas durante las entrevistas realizadas.

**Tabla 5.** *Herramientas de apoyo físico y emocional (derivadas del trabajo)*

<b>Herramientas de apoyo físico</b>
Acompañamiento de familiares o amigos durante el trabajo de parto, parto y puerperio
Alimentación - hidratación durante el trabajo de parto
Masaje o contacto físico con familiares o personal en salud (ej. Dar la mano, sostener la cabeza, etc.)
Uso de balones
Permitir la deambulaci3n
Adopci3n de posiciones c3micas para la paciente durante su trabajo de parto
Privacidad
Consentimiento informado
<b>Herramientas de apoyo emocional</b>
Aprobaci3n de conductas y aprobaci3n del sistema de creencias del paciente y su familia

Atención y reconocimiento a las necesidades y preferencias de paciente y familia (ej. Recordar nombre de la persona en embarazo y su bebé, escuchar motivos y razones por las que se aprueba o rechaza conductas ofrecidas, entre otras)
--

Permitir la comunicación bidireccional
--

Consentimiento informado
--------------------------

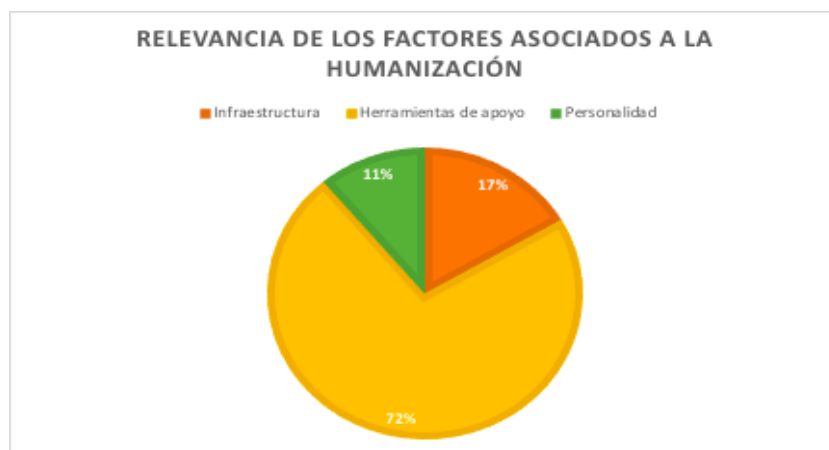
### Personalidad

Finalmente, para el código de personalidad se tuvieron en cuenta 2 subcódigos: nivel de formación del personal de salud y sistema de creencias.

El 52% (n=9) de los encuestados consideraron el nivel de formación como un factor determinante de la humanización, teniendo mayor peso para las pacientes (44.4%), seguido del grupo de especialistas (33.3%) y finalmente con menor relevancia para los residentes (22.2%). Con respecto al sistema de creencias el 29.4% (n=5) de los encuestados lo consideró un factor que influye en la atención humanizada.

Al comparar la relevancia de las categorías asociadas a humanización, se encontró que las herramientas de apoyo tuvieron una cobertura (veces que se mencionó durante las entrevistas) del 72% resaltando la importancia y relación que tiene este factor en la atención humanizada para los entrevistados, frente a 17% de cobertura con respecto a la infraestructura y 11% correspondiente al factor de la personalidad.

**Figura 8.** Relevancia de los factores asociados a la humanización.



Autoría propia, 2022

## 9. Discusión

La falta de humanización en la atención médica de la población obstétrica es un problema de salud pública a nivel mundial, pues en el proceso de atención del trabajo de parto y puerperio, la persona gestante se enfrenta al sistema de salud y su estructura, atravesando protocolos, rutas y tiempos de atención, percibidos como barreras de acceso, donde suelen afrontar diversas formas de abuso y maltrato, que pueden culminar en la violación de sus derechos como mujer (7).

Igualmente, la humanización entendida como la visión y atención integral del paciente, es un fenómeno que ocurre alrededor de la asistencia médica de las personas gestantes, y para su estudio requiere una adecuada contextualización y tipificación (2).

La realización de las diferentes entrevistas permitió el acercamiento e identificación de representaciones sociales de los fenómenos entre las pacientes, los obstetras y residentes. Conocer estas representaciones es importante porque permite conocer la posición de los actores implicados en la atención del binomio madre-hijo y su disposición para adaptarse a las necesidades de estos en torno a la gestación, el parto y el puerperio. Así mismo, permite al personal médico hacer una autoevaluación de la atención en la institución basado en la percepción de las pacientes.

Entre los resultados obtenidos, la imposición de conductas, la mala comunicación y el maltrato emocional, en este orden de prevalencia, fueron las definiciones más utilizadas por el personal en salud, cuando se les pidió definir deshumanización. En el caso de pacientes, se resaltó ausencia de empatía, sobre otras como mala comunicación o inadecuado manejo del dolor. La ausencia de empatía para las pacientes se traduce a lo largo de las entrevistas como negligencia por parte del personal de salud, afectando de forma negativa la relación médico-paciente. Lo anterior, podría favorecer resultados adversos durante la atención médica e incluso perpetuar un trato deshumanizado según la percepción de las pacientes.

Así mismo, cuando se le solicitó al personal de salud definir humanización, las definiciones más usadas fueron comunicación asertiva, seguido de participación en el tratamiento y empatía.

En comparación al estudio realizado por Thomas Gray en donde el personal de salud, en orden de prevalencia, le da más peso al trato respetuoso, trabajo en equipo y trato integral (31).

Posterior al análisis de las entrevistas se identifica la desinformación de las pacientes como factor determinante de la atención deshumanizada, ya que dificulta su inclusión en las decisiones sobre el proceso de atención, y se relaciona a su vez con escenarios de maltrato emocional llevando a una victimización de quien debería ser protagonista de un momento único, de alto valor emocional, social y familiar (32). En el estudio realizado por Van Helmond se resalta que cuando no hay información clara percibida por la paciente, no se establece confianza en el personal médico (41).

La población gestante entrevistada identificó barreras en la comunicación debidas al uso de lenguaje complejo por parte del personal en salud y su propia falta de educación, aunque logran comprender un porcentaje de la información recibida. Lo que se correlaciona con hallazgos similares identificados en estudios previos (39)

Existe una relación directamente proporcional entre la deshumanización y la desinformación de las pacientes, pues éstas no poseen los conocimientos ni las herramientas para identificar cuándo está sucediendo una situación que podría catalogarse como deshumanizante, difícilmente pueden identificar las formas de maltrato o negligencia que pueden vivir en el proceso lo que hace que no exijan respeto por sus derechos (33). Estos resultados coinciden con un estudio descriptivo realizado en República Dominicana que reveló las diferencias en las definiciones y perspectivas de violencia entre diferentes pacientes obstétricas, y cómo aquellas provenientes de estratos socioeconómicos bajos reportaron expectativas mínimas con respecto a lo que ellas consideraban una buena atención (16).

Como lo identificó el centro de humanización en salud de Barcelona en 2004 (53), el presente estudio resalta también, que el volumen disminuido del personal de salud es una barrera derivada de la infraestructura administrativa que facilita el trato no respetuoso a nivel emocional y la despersonalización de las pacientes como consecuencia del síndrome de burn out en el personal médico, perpetuando el trato deshumanizado.

Si bien no se menciona directamente el término “Burn out”, las personas incluidas en el estudio dejan evidente la conexión entre el síndrome de fatiga y estrés que se impone en las diversas

situaciones en las cuales se exceden los límites personales y los resultados no favorecedores para ambas partes (1).

Por otro lado, las barreras asociadas a la infraestructura física como lo son las instalaciones que no brindan privacidad, además de que el volumen de pacientes asignados a ciertas instituciones supera la capacidad de las mismas, se traduce en trato no respetuoso y percepción de violencia por parte de las pacientes. Lo anterior encaja en una de las 7 dimensiones de mal trato a la paciente obstétrica identificadas por Bohren et al (54), en donde se resalta la incompetencia del sistema de salud traducida en la falta de recursos para mantener la privacidad de las mujeres durante el trabajo de parto y el puerperio.

Por su parte, el currículo oculto hace referencia al conjunto de creencias, actitudes y conductas negativas que no están explícitas dentro del pènsum académico obligatorio del sistema de educación, en este caso la especialización en ginecología y obstetricia, pero que se adoptan por parte del personal en formación. Bajo la influencia de éste, se pueden llegar a reemplazar valores profesionales como lo son el altruismo, la honradez y la empatía, por oportunismo, pesimismo e indiferencia (34). El 90.9% del personal de salud encuestado desconocía la definición del término, sin embargo, se pudo evidenciar que al profundizar en el concepto todo el personal identificó situaciones y ejemplos del currículo oculto durante su formación.

En la literatura consultada se encontraron estudios de revisión acerca de currículo oculto (34) (54), sin embargo, ninguno caracteriza cual grupo del personal en salud (médicos, residentes, estudiantes, enfermería) se ve más afectado por dichas conductas. En contraste, el presente estudio identificó durante los relatos, que los especialistas con mayor experiencia son aquellos actores que con mayor frecuencia ejecutan acciones deshumanizantes y al personal de enfermería como aquel con mayor susceptibilidad de incurrir en el currículo oculto, replicando frases y acciones insensibilizadas. Aunque el término de currículo oculto fue acuñado para hablar de los procesos de aprendizaje de alumnos hacia sus profesores, se entiende que cualquier persona en posición de autoridad va a actuar como modelo de rol para todos aquellos que están subordinados a este.

En cuanto a las situaciones relacionadas con humanización a lo largo de las entrevistas, se buscó lograr una definición que integre la perspectiva tanto del personal en salud y las pacientes, acorde a la relevancia que le dieron durante sus entrevistas.

Los resultados muestran un interés común de las usuarias y el personal de la salud en que exista una atención materno perinatal íntegra; entendiendo esta como aquella atención que cumpla con expectativas personales alrededor del parto, fundamentada en conductas médicas basadas en la evidencia, con insumos suficientes de trabajo, pero que a su vez no abandone el concepto de mamiferización del parto, como acción de parir si se dan las condiciones mínimas para hacerlo, y tiene en cuenta la esfera biopsicosocial de la gestante (35-38). Así mismo integra la adecuada relación médico paciente, el seguimiento oportuno durante la gestación, el adecuado manejo del dolor, el trato igualitario y sobre todas las cosas el consentimiento por parte la paciente. En concordancia con los lineamientos de la organización mundial en salud (23)

La comunicación asertiva es el segundo parámetro en relevancia que permite que una atención sea humanizada. En este orden de ideas la definición que mejor se acoge es la Jeppsen y colaboradores en “Parto humanizado. ¿Para cuándo?” donde la atención sitúa a la mujer como el centro de atención, en el control del proceso, siendo ella y no el equipo en salud quien tiene el control de la atención, permitiéndole la toma de decisiones sobre lo que va a ocurrir durante la gestación, el parto y el puerperio (39). La gestante tiene la necesidad de acudir a servicios de maternidad donde las prácticas apunten a aspectos como lo son la comunicación asertiva, el trato amable y empático, puedan participar en las conductas sobre su cuerpo, recibiendo atención oportuna en todo momento basados siempre en la mejor evidencia disponible y el uso racional de los medicamentos y la tecnología (40-43).

Comparando ambas perspectivas, no se encontró una diferencia importante en los factores determinantes dentro de la definición de atención humanizada. Sin embargo, fue posible observar que el grupo de pacientes prioriza la atención (suplencia de necesidades personales, efectividad en los tratamientos seleccionados para las mismas, agilidad en el proceso, eficiencia, entre otras) y el trato amable, mientras que para el personal de la salud factores como la participación en el tratamiento y empatía resultaron más importantes. Esto podría estar en relación con el nivel de educación e información que tienen las pacientes acerca de su proceso, donde, en una situación de vulnerabilidad, entienden una atención humanizada desde las emociones y los sentimientos y dejan el tratamiento en manos del médico o personal asistencial encargado.

Los resultados siempre serán calificados según una expectativa creada por la paciente, variando de mujer a mujer y dependiendo de su contexto. Por esto, los esfuerzos deben ir orientados a crear o establecer una adecuada relación médico paciente que permita aterrizar, dentro de la medida de lo posible, las necesidades que pueda tener esa gestante y su familia (43).

Dentro del concepto de integralidad en la atención debe existir idealmente un seguimiento por un mismo obstetra o equipo médico a lo largo de todo el embarazo para establecer una verdadera relación de confianza entre el médico y la paciente. Esta se encuentra ausente en el plan obligatorio de salud actual en el país donde la paciente llega a sala de partos y desconoce el equipo que va a asistir uno de los eventos más importantes de su vida. Tener un solo obstetra que atienda todo el embarazo, se convierte en un privilegio para las personas que tienen una medicina prepagada y obliga a las pacientes a recurrir a herramientas de apoyo (doulas o parteras) con quienes es posible resolver estas necesidades físicas y emocionales (44, 45). Esto difiere de la atención obstétrica de otros países como Canadá y Suiza en donde el seguimiento y acompañamiento de las pacientes lo realizan parteras (45)

Por último, Las herramientas de apoyo surgen como una necesidad fundamental en el proceso de atención. Aspectos como el acompañamiento permanente, deambulación, adopción de posiciones, alimentación, entre otras herramientas de apoyo físico hacen parte de la representación social de humanización para las pacientes obstétricas. (40- 43, 46). Con la misma importancia, la información constante, el refuerzo del sistema de creencias, la comunicación asertiva, la educación al paciente y la retroalimentación positiva por parte de todo el personal de salud (médicos, enfermeras y estudiantes) se identificaron en el presente estudio como herramientas de apoyo emocional, con impacto positivo en los desenlaces del binomio madre-hijo.

El sistema de creencias y la percepción de bienestar, basados en preconceptos fundamentados en experiencias propias, familiares o transmitidas por tradición oral no parece tener gran impacto al momento de definir la humanización por parte del personal de salud, según el análisis de las entrevistas realizadas. Sin embargo, Las pacientes consideran más humanizante la atención en salud si el actuar médico coincide con sus creencias personales.

Es así como el presente estudio incentiva la investigación cualitativa en diferentes áreas relacionadas con la atención obstétrica, y se convierte en el primer estudio de esta índole en la institución.

## 10. Conclusiones

Al analizar las diferentes representaciones del binomio humanización-deshumanización en la atención materno-perinatal es posible evidenciar que los hechos y situaciones alrededor de éstas van más allá del trato y actitudes por parte del personal en salud. Si bien la relación médico paciente resultó importante para recibir una atención íntegra es evidente que el problema radica también en fallas y necesidades que involucran la infraestructura administrativa y física del sistema de salud, así como la urgencia de educación efectiva al personal en salud y pacientes.

Este estudio pone en evidencia el choque que se genera entre las expectativas y conocimientos de las personas en estado gestación y sus familias frente al proceso de gestación, parto y puerperio versus la realidad del sistema que limita al personal en salud para ciertas conductas y la formación recibida para enfrentar estos escenarios.

La atención en la institución evaluada fue calificada en general como positiva, las pacientes pudieron evocar experiencias previas en otras instituciones que permitieron el análisis de este hallazgo. Fue posible evidenciar los avances dentro de la institución referente a conductas que se acercan a lo que se conoce como parto respetado, en donde se destacan las herramientas de apoyo físico y emocional que brinda la institución.

Teniendo en cuenta los resultados, se define atención humanizada en salud como toda aquella que incluye adecuada oportunidad, integralidad, comunicación asertiva y escenarios de participación para las pacientes en el tratamiento durante la atención de los procesos de gestación, parto y puerperio.

Por su parte, la deshumanización se definiría según los resultados como, la atención despersonalizada, acompañada de imposición de conductas, mala comunicación y mal trato emocional además de subestimación de emociones y mal manejo del dolor.

El currículo oculto como tema de interés es desconocido por casi la totalidad de los encuestados, lo que se traduce en la necesidad de incluir este tópico en la formación del personal en salud para evitar incurrir en conductas aprendidas que puedan ir en contra de un

trato humanizado, brindando así, a los estudiantes herramientas para identificar estas situaciones e implementar acciones correctivas.

Existe gran nivel de escepticismo frente a la medicina holística y las conductas ancestrales frente al parto por parte del personal en salud, suscitando problemas durante la atención de las pacientes entrevistadas como la medicalización del parto y la subestimación de sentimientos y conocimiento de las pacientes. Como resultado de esto se promueve un ambiente de desinformación, que favorece una postura autoritaria por parte del personal médico y que hace evidente la urgencia de una formación que incluya estos temas.

Es evidente la integración del concepto de humanización en la formación médica, ya que al entrevistar especialistas con menos de cinco años de ejercicio médico se logró percibir mayor conocimiento y esfuerzo por brindar un trato humanizado; en contraste a especialistas con más de cinco años de experiencia quienes no le dan la misma importancia y aun hoy en día, normalizan y aceptan conductas no humanizadas en la atención del parto.

Si bien se han evidenciado fallas en la infraestructura física en otros estudios referenciados, en el presente estudio, se identificó satisfacción en términos generales por parte de las pacientes con respecto a este ítem en la institución evaluada al compararlo con otros sitios de atención o experiencias previas evocadas al momento de las entrevistas.

## 11. Recomendaciones

Con base en los hallazgos del estudio y las representaciones sociales del binomio humanización-deshumanización referidas por las pacientes y el personal de la salud es posible establecer las siguientes recomendaciones que se fundamentan en el interés común de recibir una atención íntegra donde prime la comunicación entre el médico y la paciente. Se recomienda entonces:

### Referente a la infraestructura física y administrativa

- Permitir a la persona gestante un acompañamiento, idealmente permanente de la persona que elija (familiar, amigo, doula o partera) para el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio, que actúe como herramienta de apoyo físico y emocional sin interferir en los procesos médicos. En caso de que la gestante no desee uno, se respetará su decisión.
- Promover y establecer políticas institucionales de buen trato y trato respetuoso a pacientes en estado de embarazo donde prime el uso de vocabulario adecuado, respetando el punto de vista y opinión del paciente y su familiar.
- Indagar acerca de las expectativas de la paciente y su familiar (incluido plan de parto por escrito) acerca de la atención durante el parto y puerperio, y aterrizar las mismas a la realidad del sistema de salud actual, llegando a un común acuerdo en donde no se vulneren la participación de la paciente en el tratamiento ni se pase por encima del criterio médico.
- Continuar y promover espacios constantes de información y resolución de dudas al paciente y sus familiares.
- Evaluar y asegurar el recurso humano pertinente para la capacidad y necesidad que tiene la institución con el fin de suplir a tiempo y de forma oportuna necesidades como el manejo del dolor.
- Reforzar una infraestructura apropiada que otorgue privacidad al entorno de la persona gestante que se encuentra en una situación de vulnerabilidad en donde su intimidad se vea respetada en todo momento (Habitaciones individuales, uso de biombos, atención al número de personas durante el examen, etc.)
- Establecer encuestas de calidad y realización periódica de retroalimentación al personal en salud sobre escenarios de atención para la identificación de las representaciones del binomio humanización-deshumanización y corrección de actitudes y fenómenos que puedan estar sucediendo en el servicio.

Referente al personal en salud:

- Educar y formar de forma regular al personal en salud en temas en relación con la humanización y deshumanización en la atención en salud materno-perinatal (Relación médico-paciente, comunicación asertiva, consentimiento para la toma de decisiones y realización de intervenciones etc.).
- Promover que continúe la política de limitar intervenciones médicas deberán a su estricta indicación, orientado siempre a preservar la salud de la persona en gestación y su feto.
- Unificar criterios sobre los momentos de deambulación, hidratación y alimentación de la gestante durante el trabajo de parto.
- Capacitar al personal en salud incluyendo equipo de enfermería en prácticas en partería, mamiferización del parto, y técnicas holísticas y ancestrales, con el fin de evitar la discriminación y el mal trato hacia pacientes con estos sistemas de creencias.

Referente a la paciente y su familia:

- Establecer y fomentar espacios educativos efectivos (fortalecer cursos psicoprofilácticos) dónde la persona gestante y su familia reciban información completa y adecuada sobre el proceso de la gestación parto y puerperio que les permita reconocer lo aprendido durante el proceso en tiempo real y tomar decisiones informadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
- Fortalecer la educación al paciente y su familiar sobre los derechos y deberes que debe cumplir y respetar dentro del sistema en salud dentro y fuera de la gestación.

Se establecieron a partir de las entrevistas realizadas herramientas de apoyo físico y emocional que pueden ser utilizadas como guía para mejorar la atención y experiencia durante la atención del parto, parto y puerperio (Tablas 4 y 5)

## 12. Bibliografía

1. Haque, O. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Association for the Psychological Science. 7 (2) 176-186. 2012.
2. Galtung. La violencia, desarrollo potencial y desarrollo real. Disponible en: <https://rap.education/es/conocimiento-de-ondo/violencia/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Johan%20Galtung%2C%20la%20violencia,desarrollo%20potencial%20y%20desarrollo%20real>.
3. Briceño Morales et al. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. Qualitative Health Research (2018) Pages 1–12.
4. Jardim D., Modena C. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e 3069 DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069
5. Blel Scaff, N. Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstetrica. [Online]. Available from: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf> [Accessed 3 APRIL 2021].
6. Richmond J. “The doctor patient relationship” 199 (9). Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ps.50.9.1233-a>
7. Da-Silva-Carvahlo I., Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Revista electrónica trimestral de enfermería. No 47. Julio de 2017
8. World Health Organization. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014.
9. Diaz- Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric Violence in the United States. Reproductive Health Matters vol 24, 56-64.
10. Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric Violence: a new framework for identifying challenges to maternal health care in Argentina. Reproductive Health Matters vol 24, 65-73.
11. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. Dilemata Int J Appl Ethics. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):93-111. Disponible en:

» <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>

12. Fernández Guillén F. What is obstetric violence? Some social, ethical and legal aspects. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):113-28. Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>

13. Perrotte, V., Chaudhary, A. and Goodman, A. (2020) "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10, 1544-1562. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.1011013>

14. Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 25-37.

15. Zacher, L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Med Anthropol Q*. 2015 Dec;29(4):437-54

16. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56-64.

17. Echeverry, D. Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia. 2018.

18. Downe et al. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health* (2018) 15:23

19. Ley 51 "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer". Colombia: República de Colombia. - Gobierno Nacional ; 1981.

20. Ley 360 "Delitos contra la libertad y pudor sexuales". Colombia: República de Colombia. - Gobierno Nacional ; 1997.

21. Ley 1257 "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres". Colombia: República de Colombia. - Gobierno Nacional; 2008.

22. Perez J., Boncenne A. Datos y cifras claves para la superación de la violencia contra las mujeres. *Superando la violencia contra las mujeres*. ONU Mujeres. Módulo I. Colombia, agosto 2016.

23. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018 chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf


24. Salud, E.T. El Tiempo. [Online]. Available from: <https://www.eltiempo.com/salud/ley-sobre-violencia-obstetrica-es-rechazada-por-especialistas-210668> [Accessed 21 February 2021].
25. Vallana- Sala VV. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(especial):128-144. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
26. Perera et al. ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:211
27. Zhanga, S; Wang, L; Yanga, T; et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry* 55 (2019) 90–101.
28. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 (1-219)
29. PROTOCOLO DE MANEJO HOSPITAL UNIVESITARIO MEDERI. Cómo acceder a nuestros servicios. Disponible en: <https://www.mederi.com.co/como-acceder-a-nuestros-servicios/deberes-y-derechos-del%20paciente-y-su-familia>
30. Ministerio de Salud, Colombia. Resolución 8430 de 1993. “Por la que se rige actualmente la investigación en salud con seres humanos”. Colombia: República de Colombia. - Gobierno Nacional; 1993.
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki y el informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. *Observatori di Bioetica* 1979. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
32. Gray T; Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice; (2021) doi: 10.1016/j.eurox.2019.100007
33. Forgie EME, Lai H, Cao B, Stroulia E, Greenshaw AJ, Goetz H. Social Media and the Transformation of the Physician-Patient Relationship: Viewpoint. *J Med Internet Res* 2021;23(12):e25230
34. Pourbairamian G, Bigdeli<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>S, Soltani Arabshahi SK, Yamani N, Sohrabi Z, Ahmadi F, Sandars J. Hidden Curriculum in Medical Residency Programs: A Scoping Review. *J Adv Med Educ Prof*. 2022
35. Botucatu. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface* vol.4 no.2008.

36. Olza I. Parir; El poder del parto. B. Edición 1 2018.
37. Clarke V. Parto instintivo - Atendiendo a tu voz interior. Gaia. Edición 1. 2006
38. Gaskin I M. Nacer importa - Un manifiesto de partería. La Llave Ediciones. 2021.
39. Gutiérrez, J. J., & González de la Torre, H. (2019). Parto humanizado ¿para cuándo? *Enfermería Clínica*, 29(4), 205–206. doi:10.1016/j.enfcli.2019.07.002
40. Illingworth, S. (2017). Delivering effective science communication: advice from a professional science communicator. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 70, 10–16. doi:10.1016/j.semcdb.2017.04.002
41. Van Helmond, Korstjens et al. What Makes for Good Collaboration and Communication in Maternity Care? A Scoping Study. December 2015 *International Journal of Childbirth* 5(4):210-223
42. Banwart, M. (2020). Communication Studies: Effective Communication Leads to Effective Leadership. *New Directions for Student Leadership*, 2020(165), 87–97. doi:10.1002/yd.20371
43. Baran, C. N., & Sanders, J. J. (2019). Communication Skills. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. doi:10.1016/j.pop.2019.05.003
44. “Partería tradicional la ancestralidad en torno al cuidado de la mujer” Disponible en: <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/parteria-tradicional-la-ancestralidad-en-torno-al-cuidado-de-la-mujer>
45. Thomas et al. Doula services within a healthy start program: increasing access for an underserved population. *Matern Child Health J.* 2017 Dec;21(Suppl 1):59-64. doi: 10.1007/s10995-017-2402-0.
46. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul; 2017(7): CD003766.
47. Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., y otros. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 1-9
48. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Available [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)
49. Brandão T., Cañadas S., Galvis A., et al, Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Doi: 10.1002/ijgo.12625
50. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizan JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG* 2018;125:1208–1211

51. OMSa D, Modena C. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e 30694
52. Avila J. La deshumanización en medicina desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, vol. 30, núm. 2. 216-229, 2017
53. Bermejo J. El desgaste de los profesionales de la salud. Estrés y burn out. Centro de humanización de la salud, España 2004. Pp 65-88.
54. Jaramillo C; et al. CURRÍCULO OCULTO Y FORMACIÓN DOCENTE EN LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE. Ecuador. 2019.
55. Faheem, A. The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review. Centre of Social Medicine and Community Health, Jawaharlal Nehru University (JNU), New Delhi, India. *Sexual and Reproductive Health Matters* 2021;29(2):1–9

## 13. Anexos

### 13.1 Carta de aprobación comité de ética





**CIMED**  
Centro  
de Investigaciones  
de Méderi

Bogotá, Julio 22 de 2021

Doctor  
**Juan Guillermo Pérez**  
Secretario Técnico  
Comité de ética en Investigación  
Sala de ciencias de la Vida  
Universidad del Rosario  
Bogotá

Asunto: Aval técnico


Cordial saludo,

Como Jefe de Investigaciones de Méderi certifico que el protocolo titulado **"ATENCIÓN EN SALUD MATERNO - PERINATAL: DE LA VIOLENCIA A LA HUMANIZACIÓN"**; cuenta con el Aval de la oficina de investigaciones de Méderi. Aprobado en el acta No. 16/2021, del comité técnico de investigaciones de Méderi.

Cumple con las características necesarias para su conducción. Entre las cuales:

- Introducción
- Problema de estudio
- Objetivos
- Diseño y métodos
- Población de estudio
- Variables
- Consideraciones éticas.
- Cronograma
- Presupuesto

Atentamente



**Dr. Luis Carlos Venégas Sanabria**  
Jefe de Investigaciones  
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad- Méderi

[www.mederi.com.co](http://www.mederi.com.co)

<p>Hospital Universitario Mayor Calle 24 No. 29 - 45 Teléfono: (57 1) 5 400 520</p>	<p>Hospital Universitario Barrios Unidos Calle 66 A No. 40-25 Teléfono: (57 1) 4 855 970</p>
---	--

### *13.2 Entrevista semiestructurada*

#### **Entrevista Semiestructurada - ATENCIÓN EN SALUD MATERNO - PERINATAL: CAMINO A LA HUMANIZACIÓN ESTUDIO CUALITATIVO, DESCRIPTIVO - PERSONAL DE LA SALUD**

1. ¿Cual ha sido su experiencia en general de estos años en el campo de la salud materno perinatal? Pensando en el ámbito de la relación del personal de salud con la materna, su hijo y allegados.
2. ¿Podría relatarnos una experiencia que lo haya marcado a usted por ser una experiencia negativa, problemática o que implica retos en la atención en salud materno perinatal?
3. ¿Cómo entiende usted el término de humanización en la atención en salud materno perinatal?
4. ¿Cómo entiende usted los términos de deshumanización y violencia obstétrica en la atención en salud materno perinatal?
5. Desde estas definiciones ¿cómo calificaría usted el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Universitario? (Identificar e incluir condiciones estructurales e instalaciones, sistema de atención, personal disponible para la atención y orientación individual de los actores involucrados en la atención de la paciente en los escenarios de urgencia, salas de parto y hospitalización)
6. ¿Qué se debe fortalecer en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Universitario Mayor - Méderi y qué se debe mejorar? (Identificar e incluir condiciones estructurales e instalaciones, sistema de atención, personal disponible para la atención y orientación individual de los actores involucrados en la atención de la paciente en los escenarios de urgencia, salas de parto y hospitalización)
7. ¿Ha evidenciado o experimentado usted situaciones de humanización o deshumanización durante su práctica en la institución? ¿Cuáles?
8. ¿Qué considera usted fundamental para una adecuada relación personal asistencial - paciente y qué factores rompen con esta?
9. ¿La estructura operativa de un hospital y el sistema de salud pueden influir en la humanización o situaciones de deshumanización en la atención materno-perinatal?
10. ¿La formación de los profesionales de la salud pueden influir en la humanización o situaciones de deshumanización en la atención materno-perinatal?
11. ¿ Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud pueden influir en la humanización o situaciones de deshumanización y violencia obstétrica?

ventajas y logros	problemas o dificultades	retos	ámbitos a tener en cuenta en la entrevista
			acompañamiento de las pacientes y sus familias (calidad y calidez del servicio) <ul style="list-style-type: none"> <li>- cuidado físico</li> <li>- cuidado psicológico</li> <li>- cuidado psicosocial</li> </ul>
			cantidad del personal asistencial  calidad del personal asistencial
			condiciones laborales y reconocimiento
			equipo de trabajo (liderazgo, organización, comunicación)
			oferta de servicios
			insumos
			oportunidades y herramientas de formación
			Infraestructura
			herramientas informativas

**Entrevista Semiestructurada - ATENCIÓN EN SALUD MATERNO - PERINATAL: CAMINO A LA HUMANIZACIÓN ESTUDIO CUALITATIVO, DESCRIPTIVO - POBLACIÓN OBSTÉTRICA e**

Para este punto se realizará una descripción escrita en el siguiente formato con el fin de diferenciarlos diferentes escenarios de atención y de esta manera lograr sintetizar y organizar de una forma más clara la experiencia de cada persona. El entrevistador contará con dicho instrumento y posicionará la información otorgada por la paciente, donde sea pertinente al caso conforme el relato de la paciente vaya avanzando.

ATENCIÓN EN SALUD MATERNO – PERINATAL DE LA VIOLENCIA A LA HUMANIZACION – HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI			
NOMBRE	EDAD	CEDULA	ENTREVISTADOR
FECHA DE ATENCIÓN DE PARTO	VÍA DE FINALIZACION DE LA GESTACION	LINEA DE TIEMPO	
FECHA ENTREVISTA			
URGENCIAS.	SALA DE PARTOS	ATENCIÓN DEL PARTO	
			

1. ¿Cuáles eran sus expectativas y cómo fue su experiencia en estos momentos de la atención recibida en el proceso de su último parto?
2. ¿Sabe usted qué es la humanización en la atención de la salud a las pacientes obstétricas? ¿Si no sabe qué piensa que podría ser o con qué cree que se relaciona?
3. ¿Sabe usted qué es la deshumanización este aspecto? ¿Cómo la definiría?
4. ¿En su último parto sintió que se le dio un trato digno, respetuoso y cuidadoso en los diferentes momentos de la atención?

SI (profundizar) o NO (profundizar)

- Escenarios de humanización/deshumanización identificados dentro del servicio
- Representaciones sociales de humanización/deshumanización del servicio de salud sexual y reproductivas
- Escenarios, actitudes y situaciones de deshumanización contra la paciente

5. ¿Qué características del hospital y de las personas que allí trabajan cree usted que ayudaron a que se le diera un trato humanizado durante estos momentos y tuviera una mejor experiencia durante su proceso?

6. ¿Qué características del hospital y de las personas que allí trabajan impidieron que se le diera un trato humanizado durante estos momentos y tuviera una peor experiencia durante su proceso?

-Limitaciones estructurales y del sistema (rutas de atención, barreras de acceso, guías de práctica clínica, tiempos de trabajo, horarios de atención, etc.) que interfieren en el binomio humanización-deshumanización-

-Currículo oculto - Conductas aprendidas y no aprendidas, normalización de acciones y actitudes-

-Burn-out y binomio humanización-deshumanización-

7. ¿Cómo habían sido sus experiencias previas de parto frente a todos estos temas de los que hemos hablado? (Si las ha tenido)

8. ¿Qué cosas cambiaron para bien o para mal con respecto a su experiencia previa? En caso de ser una institución diferente ¿qué encontró durante esta atención que hizo que su experiencia personal en torno al parto haya mejorado o empeorado?

9. ¿Considera que el sistema de salud o el proceso de atención puede impactar de alguna forma en la atención que recibió?

### 13.3 Consideraciones administrativas

#### Cronograma

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Realización Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■																				
Sometimiento del protocolo al comité técnico científico y de ética						■																			
Piloto de formatos de recolección de información							■	■																	



Andrea Viviana Martínez Acosta  
Luisa Fernanda Rodríguez Quejada  
Diana Marcela Villalobos Rodríguez

TOTAL		\$ 5.410.000
-------	--	--------------