



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Maestría en Administración en Salud

INFORME FINAL PROYECTO DE GESTIÓN

**ME CUIDARON EN EL PARTO: RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN
HUMANIZADA CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA ESTUDIO DE CASO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
(HUSI) DE BOGOTÁ, DICIEMBRE 2020 A ENERO 2021.**

Presentado por
SERGIO DANIEL LINARES VENEGAS
NATALIA MARCELA TORRES CASTRO

Tutor
Atilio Moreno Carrillo

Bogotá D.C. 2021

DEDICATORIA

Al equipo de profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario San Ignacio, que en su interés por mejorar la calidad de la atención e implementar prácticas de humanización en su servicio, nos permitió desarrollar este trabajo.

A todas las maternas, parejas y familiares que hicieron parte de esta investigación, cuyos aportes contribuirán a transformar la atención del parto con un enfoque holístico y verdaderamente humanizado.

Natalia Marcela Torres

Sergio Daniel Linares Venegas

AGRADECIMIENTOS

Natalia Marcela Torres Castro

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por edificar mi vida de la manera que lo ha hecho, por acompañar cada uno de mis pasos en esta carrera para la que él mismo me ha instruido, por darme los insumos suficientes para cristalizar mi vocación en el servicio a otros.

Quisiera dedicar este trabajo al Señor Octavio Amaya Galarza presidente del Grupo Amarey Nova Medical, por confiar y creer en mí, por darme la oportunidad de pertenecer a tan excelente e innovadora compañía, por apoyarme para culminar mis estudios a través de la Fundación Ocmaes y por enseñarme que con esfuerzo y constancia todo se logra, por demostrar que cuando nos importa lo que hacemos, le ponemos el corazón.

A mis padres, hermanos, sobrinos, familiares y verdaderos amigos por ser el principal soporte en cada uno de los proyectos que a lo largo de estos años he logrado construir, y por darme el suficiente ánimo y acompañamiento para no desfallecer y desistir de mis propósitos.

A mi compañero y amigo Sergio Daniel, por su complicidad, soporte, amistad y especialmente por su confianza al arriesgarse a desarrollar esta interesante investigación, aportando desde su conocimiento y experticia.

Al ingeniero eléctrico Steven Molano, a la química farmacéutica Sofia Arrieta, al doctor Orlando Arévalo y al administrador Andrés Pozo por su amistad, incondicionalidad, su excelente trabajo en equipo, pero especialmente por convertir esta etapa en una grandiosa aventura de aprendizaje y crecimiento personal.

Finalmente, quiero exaltar la labor docente y el apoyo de la facultad que hizo parte de mi formación durante esta maestría, excelentes profesionales y valiosos seres humanos, a quienes otorgo mi admiración y respeto. Especialmente quiero agradecer al Doctor Atilio Moreno por la confianza que depositó en este equipo de trabajo, por ser la piedra angular para que esta apuesta académica se desarrollara, gracias por su instrucción y guía.

Sergio Daniel Linares Venegas

Doy gracias a la vida por ponerme en el camino a seres humanos llenos de cualidades y virtudes que me dieron ánimo en todos los momentos de la maestría y que sin su apoyo seguramente no hubiera culminado este reto personal y profesional.

Entre ellos se encuentra mi compañera de vida y principal promotora Yazmin Cortes, de quien siempre escuché “tú puedes”, “juntos lo vamos a lograr”, “como te ayudo”, palabras que me llenaron de fuerza para continuar y ser excelente en todo lo que hice en la maestría.

Mi madre quien siempre ha sido una guía y ejemplo de compromiso, dedicación y disciplina, y nunca dudo en ayudarme en cualquier cosa que me faltara.

Mi familia entera, quienes siempre se preocuparon por cómo me sentía, como me iba y me animaron a ser el mejor, orgullosos siempre de mis resultados.

Mis compañeros de maestría Nata, Orlando, Sofi y Stev quienes compartimos equipo durante toda la maestría obteniendo los mejores resultados y el mejor aprendizaje. Resaltar a mi compañera de investigación quien me transmitió toda su pasión y convicción por la humanización del parto y la prevención de la violencia obstétrica.

Al Doctor Atilio Moreno, quien con su guía y experiencia logramos abordar de la mejor forma esta investigación y aportar al Hospital Universitario San Ignacio herramientas para reforzar su camino hacia la humanización de los servicios.

Finalmente, a la Sra. Ana María Cabanzo y la Fundación Juan Pablo Gutiérrez Cáceres, que creyeron en mí como un individuo generador de cambio y me apoyaron económicamente para mantenerme en la maestría.

TABLA DE CONTENIDO

1	JUSTIFICACIÓN	7
	1.1 PROPÓSITO.....	9
2	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
3	MARCO TEÓRICO	9
	3.1 LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LATINOAMÉRICA.....	9
	3.2 LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN COLOMBIA	10
	3.3 CONTEXTO GLOBAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	10
	3.4 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA.....	12
	3.5 CATEGORÍAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	13
4	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
5	OBJETIVOS.....	14
	5.1 OBJETIVO GENERAL	14
	5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
6	METODOLOGÍA	14
	6.1 POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	15
	6.2 RECOLECCIÓN LA INFORMACIÓN.....	16
	6.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS	19
	6.4 CONSIDERACIONES ÉTICA.....	20
7	RESULTADOS DEL PROYECTO.....	20
	7.1 RESULTADOS ENCUESTA N° 1 MATERNA, PAREJA, FAMILIAR O ACOMPAÑANTE	20
	7.2 RESULTADOS ENCUESTA N° 2 PERSONAL ASISTENCIAL	41
	7.3 RESULTADOS CUESTIONARIO N° 3 COORDINADORES, DIRECTIVOS O GERENTE	57
	7.4 CONSOLIDADO PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LAS CATEGORIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN TODOS LOS ROLES	67

8	RECOMENDACIONES PARA IMPACTAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HUSI.....	68
8.1	RECOMENDACIONES PARA PERSONAL ASISTENCIAL DIRECCIONADAS HACIA LA MATERNA, PAREJA, FAMILIAR O ACOMPAÑANTE	68
8.2	RECOMENDACIONES DIRECCIONADAS AL DIRECTOR O COORDINADOR DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HUSI	72
8.3	OTRAS TECNICAS APLICADAS A LA ATENCIÓN DEL PARTO	73
8.4	RESUMEN PRIORIZACIÓN RECOMENDACIONES Y CATEGORIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	78
9	DISCUSIÓN	79
10	CONCLUSIONES (QUITAR BIBLIOGRAFIA BIURRUN GARRIDO).....	82
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
12	ANEXOS	87
13	INDICE DE ANEXOS	111
14	INDICE DE TABLAS.....	111
15	INDICE DE GRÁFICAS.....	112

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es un fenómeno caracterizado por prácticas inadecuadas que atentan contra la dignidad de la mujer en el proceso de parto, el cual afecta directamente la humanización requerida en el proceso de atención. En Colombia la violencia obstétrica no se encuentra tipificada en el código penal (Ley 599 de 200); sin embargo, el país ha realizado un importante avance en torno a la humanización en la atención en salud al incluirla dentro del objetivo de la atención del parto en la ruta integral materno perinatal (Resolución 3280 de 2018).

Cómo estrategia de intervención para mejorar el proceso de atención, el objetivo de este trabajo de investigación cualitativo es diseñar un conjunto de recomendaciones en la atención del parto humanizado para una institución prestadora de servicios de salud materna que permita prevenir el fenómeno anteriormente descrito. A través de la aplicación de una encuesta semiestructurada se pretende describir la percepción del fenómeno en diferentes roles y dichos resultados serán el insumo para diseñar un marco de recomendaciones prácticas y aplicables que contribuyan a mejorar el modelo de atención existente.

Los resultados finales de esta investigación permitirán la sensibilización del personal de salud en cuanto al servicio prestado en la atención del parto, y servirán como referencia para instituciones de salud materna a nivel territorial y nacional.

1 JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos de la administración en salud es sin duda, ayudar a transformar aquellas situaciones problemáticas de salud con el fin de mejorar el desempeño global del sistema ; para ello se deben utilizar distintas herramientas que permitan administrar procesos de cambio en las organizaciones de salud con relación a las nuevas o las ya necesarias demandas, las exigencias de los usuarios del sistema, y una de ellas, es la calidad en la atención.

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos e integridad de la mujer en el proceso de atención del parto, lo que impacta la calidad y el resultado en la atención de salud; sin embargo, aunque en Colombia existe jurisprudencia para intervenir el fenómeno de la violencia obstétrica relacionada con la responsabilidad médica en la atención del parto como lo demuestra la SC-292-2021 en la cual se describen una serie conductas realizadas por el personal médico que desencadenaron un resultado negativo para el recién nacido, se requiere legislación que tipifique todas las prácticas relacionadas para atender la magnitud del fenómeno.

Por lo anterior se requiere implementar prácticas de atención para Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que cuente con servicio de ginecobstetricia y atención al parto, que propendan por brindar atención humanizada y digna en todos los servicios donde la humanización sea el eje central y fundamental del sistema de salud como lo establece el Plan Nacional para la Mejora de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

Los resultados de esta investigación contribuyen a sensibilizar, informar y generar un impacto significativo en el personal de la salud inmerso en la atención del parto, a través de una reflexión sobre las prácticas de violencia obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario y que contribuyen de forma negativa en la humanización de la atención. Por otro

lado, permite al HUSI mejorar la experiencia en la atención del parto de sus gestantes, familiares y acompañantes, así como dar cumplimiento a los lineamientos de humanización y calidad en la atención del PNMCS.

1.1 PROPÓSITO

El propósito de este proyecto de gestión es sensibilizar al personal que interviene en la atención, acerca de las prácticas inadecuadas que pueden tener consecuencias directas en la salud y el bienestar de las gestantes durante el proceso de parto. Se pretende finalmente el diseño de un conjunto de recomendaciones que orienten al HUSI en su ruta de atención del parto hacia una atención humanizada con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica.

2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que la humanización en la atención del parto en Colombia se incluye como objetivo dentro de la ruta de atención del parto (Resolución 3280 de 2018), el país se encuentra sin implementar la totalidad de los lineamientos emitidos por la OMS como la Declaración de Fortaleza (1985) ya que no ha actualizado sus guías de práctica clínica conforme a las recomendaciones de la OMS “Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva desarrollado” (2019) que permitan implementar las sugerencias realizadas para la humanización del proceso y prevención del fenómeno de violencia obstétrica.

El país ya trazó un objetivo claro de humanización en la atención a través de la política para la mejora de la calidad en salud 2016-2021, pero no se han generado las herramientas que faciliten la adherencia a estos lineamientos en sus prácticas con énfasis en la prevención de violencia obstétrica, por lo que se hace necesario generar recomendaciones que faciliten la implementación y apropiación en el HUSI de la humanización de la atención del parto con énfasis en la prevención de las categorías de violencia obstétrica (Institucional, simbólica, física, psicosocial, comunicativa, historicidad y resistencia).

Finalmente, como la violencia obstétrica afecta la calidad y no se han generado dentro del HUSI lineamientos específicos para la atención humanizada del parto, se requiere definir las categorías de violencia obstétrica que más impactan para realizar recomendaciones entorno a esas prácticas que mejoran la calidad de la atención y permitan cumplir con los lineamientos de la OMS, del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y propios del HUSI en torno a la humanización de la atención del parto.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LATINOAMÉRICA

En el año 2003 ocurrió un hito importante en relación con la humanización del parto en Latino América; la red Latinoamericana del Caribe para la humanización del parto y nacimiento realizó la siguiente declaración: “El parto humanizado no va en contra de la tecnología; va en contra de la mala utilización que en la mayoría de las instituciones médicas de América Latina se hace de ella”, por ello recomienda los siguientes pasos para el parto humanizado: “I) Hacer respetar los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y el bebé que nace; II) Erradicar todas las formas de violencia en la atención del embarazo, parto y nacimiento; III) Fomentar, mejorar y crear mecanismos de denuncia al alcance de las mujeres. IV) Crear espacios para la participación activa de las mujeres en la atención materno-perinatal y en la elaboración y evaluación de políticas; v) Revisar las tecnologías utilizadas y evaluar las nuevas antes de su incorporación en la atención materno-infantil; vi) Lograr una atención del embarazo, parto y nacimiento integral, de calidad y sin discriminaciones; vii) Buscar alternativas y opciones

diferentes para la atención del embarazo, parto y nacimiento; viii) Capacitar de manera permanente (con evidencia científica y sabiduría ancestral) a las personas encargadas de los servicios de salud; y ix) Conocer la realidad de la atención del parto y el nacimiento.” (Relacahupan, 2003)

3.2 LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN COLOMBIA

En Colombia, el concepto de humanización en los servicios de salud ha sido adherida a la normatividad en la última década; se menciona la necesidad de brindar atención humanizada (Congreso de la República de Colombia, 2011) y que las personas relacionadas no deben someterse a ningún trato que vulnere su dignidad y autonomía (Congreso de la República de Colombia, 2015). Por otro lado, dentro del plan nacional para la mejora de la calidad en salud se menciona la humanización como el “fundamento esencial del sistema de salud” que involucra el “fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el 2015 se publicó en Bogotá el lineamiento de parto humanizado cuyo objetivo es: “Contribuir a mejorar la atención de las mujeres, del recién nacido y de su familia en el proceso reproductivo, mediante el fortalecimiento de las acciones promocionales y asistenciales, a nivel institucional, que garanticen la implementación del concepto del nacimiento humanizado en el Distrito capital.” (Secretaría Distrital de Salud, 2015) . Este lineamiento recopila aspectos mencionados en investigaciones previas, sin embargo, añade otros, como la promoción del parto humanizado basado en la educación, capacitación y formación de la gestante, familiares y personal médico; incluye también actividades de prevención de prácticas que afectan negativamente la humanización en la atención. Finalmente, incluye la musicoterapia como nueva estrategia de humanización con el objetivo de “Dar a la mujer en trabajo de parto herramientas para ayudarla a manejar el dolor y la ansiedad” y "Ayudar a las mujeres en trabajo de parto a establecer contacto con su cuerpo, mediante el trabajo con música y movimiento” (Secretaría Distrital de Salud, 2015).

Por último, la ruta materno perinatal descrita en la Resolución 3280 de 2018 menciona como objetivo de la ruta de atención del parto “brindar una experiencia humanizada” lo que implica que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud materna deberán implementar estrategias necesarias para cumplir este objetivo.

3.3 CONTEXTO GLOBAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica es una realidad que en la actualidad se configura como un fenómeno aún oculto en la atención del parto y puerperio, representa un reto para la academia, investigación y especialmente para la ejecución de la atención que es ejercida por los profesionales de la salud quienes desarrollan su ejercicio profesional bajo un modelo médico hegemónico patriarcal instaurado desde las aulas de clase y reforzado en la práctica clínica, caracterizado por ser biologicista, pragmático, enfatizado en la práctica curativa del síntoma, que excluye otros saberes científicos, anclado al poder disciplinar, y al dominio que se ejerce sobre el cuerpo receptor de la atención, generando finalmente una relación asimétrica entre la mujer y los prestadores de salud.

Lo anterior representa una preocupación que hace parte de los objetivos de trabajo de la OMS quienes describieron en 2014: “Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza

entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto” (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Este tipo de violencia ha sido expuesta desde diferentes ámbitos, en un intento por analizar y evidenciar su complejidad, se ha abordado el tema desde la investigación legitimando que es un problema que ha existido en el ambiente hospitalario y que requiere urgente atención, desde la legislación en Latinoamérica y otros países también se ha hecho un trabajo fuerte orientado a garantizar los derechos y especialmente el bienestar del binomio madre e hijo; lo anterior representa una oportunidad para generar cambios concretos dignos de imitar en Colombia, impregnando la formación médica, fortaleciendo la atención actual con estrategias efectivas en el desarrollo de un modelo de humanización que mitigue y busque erradicar el fenómeno que hoy nos ocupa denominado violencia obstétrica. A continuación, se enuncian algunos hitos en materia que constituyen un referente para el proyecto.

Como referente Europeo, en España, existe desde el año 2003 una asociación civil denominada “El Parto es nuestro”, cuyo objetivo es invitar al debate obstétrico y motivar al cambio; su propósito ha estado encaminado a prestar apoyo psicológico a mujeres que han sufrido cesáreas y partos traumáticos, promover la desaparición de toda forma de discriminación contra la mujer, reducir el número de cesáreas innecesarias, recuperar el protagonismo de las madres y las familias en el acontecimiento del parto, promover los cambios legislativos oportunos y favorecer la lactancia materna entre otros (Villarme, Olza, & Recio, 2015).

“*El parto es nuestro*” trabaja desde el año 2006 campañas específicas para generar conciencia en los profesionales y las mujeres que van en contra de procedimientos como la episiotomía y la maniobra de Kristeller; también las campañas están enfocadas en fortalecer el vínculo madre-hijo, la participación de los padres y la transparencia de datos estadísticos que evidencien problemáticas que se deben priorizar

La “*Ley Orgánica*” sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en Venezuela, reconoció este fenómeno y lo definió en 2007 como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el 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” (Asamblea Nacional de Venezuela, 2007).

Dicha ley describe cinco actos constitutivos, que son ejecutados por el personal de salud y que hacen referencia a: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina, sin tener en cuenta los medios para realizar un parto vertical, obstaculizar el apego precoz de la madre al niño, alterar y acelerar el parto sin obtener consentimiento voluntario de la mujer, practicar el parto por cesárea existiendo condiciones para el parto natural.

En México en el año 2008, se incorporó la Ley de acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia para el Estado de Veracruz (Gobernador del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave., 2008), en 2009 la Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el

Estado de Chiapas (Gobernador del Estado de Chiapas, 2009) y desde 2010 en el código Penal del Estado de Veracruz (Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2003) donde describen la violencia obstétrica, cuyas directrices legislativas buscan garantizar los derechos de la mujer y proteger su integridad en varios escenarios, incluyendo el entorno sanitario y de atención en salud.

Argentina tiene reglamentación en la Ley de protección integral a las mujeres, donde también hace una descripción de la violencia obstétrica, la define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.959 (Senado y Cámara de diputados de la Nación Argentina, 2009)

3.4 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

Algunos trabajos de investigación nacionales han resaltado la complejidad del fenómeno de violencia obstétrica, sus diferentes caras y muestran explícitamente que debe ser atendido de forma urgente. El parir debería constituirse en una experiencia lo más confortable y digno para la madre, apoyada en un equipo interdisciplinar integral y experto que supla sus necesidades con un enfoque holístico.

En la investigación titulada “El continuo gineco-obstétrico: experiencias de violencias vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá, investigación cualitativa-exploratoria” (Monroy Muñoz, 2012) se describe la relación jerárquica, disciplinante y violenta que existe entre los profesionales de la salud y las mujeres gestantes, parturientas y púerperas. La autora refiere que las investigaciones sobre este fenómeno son una tarea pendiente, necesaria para optimar herramientas legales y culturales que permitan cambiar la lógica médica y de género con la que se aborda a las mujeres gestantes.

Otro estudio de investigación titulado “Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá” (Vallana Sala, 2016) , relata experiencias de parto describiéndolos como los dos días más felices de su vida en una institución en Bogotá y en cinco capítulos propone una mirada de la violencia obstétrica desde la propia experiencia y pretende desnaturalizar los prejuicios que se encuentran anclados a las mujeres, el embarazo y el parto.

“Me des-cuidaron el parto: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto (Rodríguez Martínez, Torres Castro, & Restrepo Sánchez, 2016) , es una investigación que visibilizó la violencia obstétrica desde el testimonio de 21 mujeres y de ella surgieron siete categorías y veinte subcategorías.

En la investigación titulada “Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica, donde se analizó el fenómeno en Colombia desde la visibilidad de las normas, políticas y teniendo en cuenta las percepciones de las mujeres, a través de una metodología de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo, desarrollado en dos componentes: revisión documental y análisis de casos (Moreno Sierra & Guzmán Castillo, 2017) , se describen siete categorías tomando como base los conceptos del *Observatorio de Violencia Obstétrica de España*, entre las cuales están: abuso físico, abuso verbal, discriminación, mala praxis, relación poco amable entre madres y profesionales, falta de condiciones adecuadas del sistema sanitario y finalmente la violencia simbólica con

manifestaciones como culpabilización, homogenización, fragmentación, contaminación e infantilización.

3.5 CATEGORÍAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Como marco del proyecto, se definen las siguientes categorías de violencia obstétrica tomadas de (Rodríguez Martínez, Torres Castro, & Restrepo Sánchez, 2016):

Tabla 1. *Definición de categorías de violencia obstétrica*

Categoría	Descripción	Tipos o Subcategorías
Institucional	Acciones u omisiones desarrolladas por el personal de la salud que retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres accedan a sus derechos y a una atención de calidad durante su proceso de parto.	Tramitología Homogenización Negligencia
Física	Acciones que directa o indirectamente generaron un daño o sufrimiento físico a la mujer.	Prácticas invasivas injustificadas Alteración del proceso natural del parto Prácticas invasivas no justificadas
Psicosocial	Las palabras, gestos o acciones que afectaron la salud emocional o psíquica de la mujer en proceso de parto y/o que alteraron sus vínculos sociales con otras personas.	Ultraje Culpabilización Amenaza Conflictos sociales
Simbólica	Aquellos mensajes de dominación, subestimación, impureza, entre otros; que el personal de la salud dice de forma directa a las parturientas o que ellas asimilaron, producto de las vivencias de otras mujeres que compartieron el mismo espacio físico de atención del parto.	Subestimación Impureza Cosificación Dominación y castigo
Comunicativa	A través de la comunicación que médico-paciente genere una relación inequitativa.	Ausencia de explicaciones Asumir los saberes
Resistencia	Gestos, acciones, palabras y reclamos, que las participantes muestran su inconformidad al personal de la salud que las atendía.	Física Verbal
Historicidad	Perpetuación de las emociones negativas que se generaron en las maternas a través del tiempo.	Renuncia a la maternidad futura Perpetuación de la experiencia negativa

Modificado de (Rodríguez Martínez, Torres Castro, & Restrepo Sánchez, 2016)

4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las percepciones de los diferentes participantes dentro de la atención del parto, en relación con el impacto de la violencia obstétrica en el proceso de humanización en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario San Ignacio entre los meses de diciembre 2020 y enero 2021?

Para definir la pregunta de investigación se utilizó la metodología SPIDER (*Sample, Phenomenos of interest, Desing, Evaluation, Recherche type*):

- Muestra: sujetos que cumplen los diferentes roles dentro de la atención del parto en el HUSI: I) Materna en puerperio inmediato (las primeras 24 horas después del parto), II) pareja, familiares o acompañantes, III) el personal asistencial (médico general, ginecólogo, enfermero profesional, auxiliar de enfermería, pediatra y anestesiólogo) y IV) Administrativos (gerentes, directores o coordinadores del servicio de ginecología y obstetricia) del Hospital Universitario San Ignacio.
- Fenómeno de interés: violencia obstétrica, humanización del parto.
- Diseño: Encuesta semiestructurada.
- Evaluación: Experiencia y percepción referente a las categorías de violencia obstétrica que impactan la humanización en la atención del parto.
- Tipo de Investigación: Cualitativa.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de los diferentes participantes en la atención del parto sobre la relación entre las categorías de violencia obstétrica (Institucional, Física, Psicosocial, Simbólica, Comunicativa, Resistencia e Historicidad), descritas en la literatura, y la humanización del parto en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá, con el fin de generar recomendaciones que permitan impactar positivamente la calidad de la atención.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar encuestas semiestructuradas que permitan identificar las categorías de violencia obstétrica analizadas que más afectan la humanización en la atención del parto.
- Describir la relación de las categorías con la humanización del parto desde los diferentes roles.
- Elaborar recomendaciones para la humanización del parto en la institución y que puedan servir de referente posterior para otras instituciones.

6 METODOLOGÍA

Diseño: Estudio cualitativo utilizando la técnica de encuestas semiestructuradas.

6.1 POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

6.1.1 Criterios de Inclusión

La encuesta semiestructurada se aplicó a los siguientes tres (3) roles dentro de la atención del parto en el HUSI:

- 1 Materna en puerperio inmediato (primeras 24 horas después del parto o cesárea), pareja, familiar o acompañante.
- 2 Personal asistencial que participa en la atención del parto (Ginecólogos, Médico general, Enfermero profesional, Auxiliar de enfermería, Pediatra y Anestesiólogo) del HUSI.
- 3 Director o Coordinador de servicio de ginecología y obstetricia del HUSI.

6.1.2 Criterios de Exclusión

No se tenían criterios de exclusión.

6.1.3 Selección de la muestra

La muestra para la presente investigación es no probabilística donde la selección de los individuos depende de los criterios de inclusión y búsqueda de participantes de acuerdo con las estrategias establecidas para cada rol.

6.1.4 Servicio ginecología y obstetricia Hospital Universitario San Ignacio (HUSI)

El servicio de ginecología y obstetricia del HUSI se encuentra habilitado para los servicios de hospitalización obstétrica, cirugía ginecológica y unidad de alta dependencia obstétrica, y cuenta con una capacidad instalada de 35 camas y 2 salas de partos (información tomada Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud REPS, enero 2021). Al momento del desarrollo del proyecto de gestión el servicio cuenta con el siguiente talento humano: 2 Perinatólogos, 5 Ginecólogos, 4 profesionales de enfermería, 29 Auxiliares de enfermería, 4 Anestesiólogos, 4 Pediatras y 15 Residentes de ginecología.

De acuerdo con el sistema de información de calidad y repositorio documental del HUSI el objetivo del subproceso es “Prestar servicios integrales a las pacientes ginecobstetricas de alta complejidad, de manera segura eficiente y humana, con el fin de impactar positivamente la salud de la mujer, materna y fetal de nuestras pacientes”, por lo anterior el servicio se adhiere los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y Salud (MSPS) en el marco de la ruta de intención integral materno-perinatal. En este repositorio documental el proceso cuenta con 99 documentos asociados y 33 registros donde se agrupan toda la información estandarizada de las actividades asistenciales y administrativas del servicio.

El HUSI presentó en los últimos nueve (9) semestres un promedio de 765 partos atendidos:

Tabla 2. Total de partos atendidos por semestre 2016-1 a 2020-1 HUSI

Año/ Semestre	Total partos atendidos
2016-1	707
2016-2	704
2017-1	641
2017-2	656
2018-1	694

Año/ Semestre	Total partos atendidos
2018-2	781
2019-1	1306
2019-2	664
2020-1	732

Tomado de Observatorio de calidad del MPSS indicadores de efectividad IPS <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>

En lo relacionado con humanización, el HUSI cuenta con el GTB-D-10 Documento humanización del servicio (publicado en junio 2013 y última modificación julio 2017) donde construye la política de humanización transversal del hospital cuyo objetivo es “incentivar y divulgar en los empleados la importancia del trato digno, amable y cordial, dando respuesta veraz clara y oportuna a los intereses y necesidades de nuestros usar usuarios, respetando de esta forma su esencia como persona vulnerable que acude al hospital” con el fin de “Promover una cultura participativa que genere acción y compromiso para el logro de los propósitos organizacionales, como una de las estrategias para el fortalecimiento de la humanización como en los servicios que presta la organización”

Se destaca del documento que describe los comportamientos de la humanización relacionados con la comunicación y el servicio entre los que se encuentran escuchar atentamente brindar información de manera clara y sencilla, respeto, buen trato, comprensión y calidez hacia los demás, actos y decisiones seguras y prudentes, y colaboración y servicio permanente entre otros; comportamientos evaluados a través de la lista de chequeo política de humanización GTB-R-189.

El servicio de ginecología y obstetricia se adhiere a los lineamientos institucionales de la política de humanización, sin embargo, se encuentra desarrollando lineamientos propios del servicio y específicos para la atención del parto. A pesar de no tener aún documentado las actividades de humanización del parto, se encuentran desde el 2019 en implementación algunas estrategias como lo son el acompañamiento al parto (natural o cesárea) y la comunicación permanente entre materna y familiar.

6.2 RECOLECCIÓN LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se elaboró y valido la encuesta, se definió con el HUSI las estrategias de recolección y abordaje a los diferentes perfiles y se realizó el análisis de los resultados para generar las recomendaciones.

6.2.1 Elaboración de Encuesta

Se elaboraron las encuestas con la siguiente información:

- Encuesta N°1. Mujer en puerperio inmediato, pareja, familiar o acompañante que se encuentren durante el estudio:
 - Sección 1: Información de carácter sociodemográfico: edad, estado civil, escolaridad, procedencia y cantidad de hijos.
 - Sección 2: Percepción sobre las categorías que afectan la humanización de la atención del parto.
 - Sección 3: Percepción de la satisfacción general de la atención del parto.

- Encuesta N°2. Personal de atención del parto: ginecólogo, médico general, pediatra, anestesiólogo, enfermero profesional y auxiliar de enfermería:
 - Sección 1: Información relacionada con la experiencia en la atención del parto
 - Sección 2: Percepción sobre las categorías que afectan la humanización de la atención del parto.
 - Sección 3: Percepción de la satisfacción general de la atención del parto.
- Encuesta N°3. Personal directivo o de coordinación del servicio de ginecología y obstetricia del HUSI:
 - Sección 1: Información relacionada con la caracterización de la institución que representa: Tipo y cantidad de población que atiende, capacidad instalada de personal, experiencia en IPS de salud materna.
 - Sección 2: Percepción sobre las categorías que afectan la humanización de la atención del parto.
 - Sección 3: Percepción de la satisfacción general de la atención del parto.

6.2.2 Proceso de validación de las encuestas semiestructurada

La validación se realizó en cuatro etapas:

1. Revisión por personal con experiencia en la ruta de atención del parto: en esta etapa se envió la encuesta N°1 a un trabajador social con experiencia mayor a 2 años en atención al usuario en instituciones prestadoras de servicios de salud materna; las encuestas N°2 y N°3 a un Ginecólogo con experiencia mayor a 5 años en instituciones prestadoras de servicios de salud materna. Esta revisión tuvo el propósito verificar que el cuestionario fuese pertinente y comprendido por la población a la cual iba dirigido de acuerdo con las siguientes características: I) redacción, II) tipo de pregunta, III) opciones de las preguntas, IV) orden de las preguntas y V) extensión y longitud del cuestionario. Con esta primera revisión, se realizaron ajustes necesarios, enviando posteriormente los cuestionarios para que el personal con experiencia realizará la aprobación final. Esta evaluación se realizó través de un formulario del aplicativo *forms* (Link: https://forms.office.com/Pages/DesignPage.aspx?origin=shell#FormId=Dpn32j-KnECbdipUdQmAAMf807NhWdpMkjsw_cp1Mr1UQkwyV0hZOTVDMFRWRzczUzBQQ0VSTEEwWC4u) y permite cuantificar la mejora y evidenciar la aplicación de las sugerencias realizadas.
2. Revisión especialista experto en psicometría del contenido de las encuestas: en esta etapa un experto en psicometría realizó la revisión del contenido de todas las encuestas, las sugerencias fueron aplicados de tal forma que cumplieran con criterios de: I) redacción, II) tipo de pregunta, III) opciones de las preguntas, IV) orden de las preguntas y V) extensión y longitud de la encuesta.
3. Prueba piloto externa: Se realizó una prueba piloto en una institución diferente al HUSI en la que se aplicó el cuestionario a participantes de cada rol (25 maternas/familiares, 22 Asistenciales y 2 Administrativos), se recopilan sus sugerencias para implementar en la encuesta definitiva.
4. Prueba piloto interna: Finalmente se valida con la dirección de atención al usuario del HUSI quien con el apoyo de usuarios de servicios de consulta externa de ginecología verifican el contenido del cuestionario y su entendimiento.

Al finalizar la etapa cuatro (4) se obtuvieron los cuestionarios definitivos detallados en el Anexo 1, los cuales son los que se aplicarán en el servicio de ginecología y obstetricia del HUSI para dar cumplimiento al objetivo de la presente investigación.

6.2.3 Organización del trabajo de campo

Para aplicar la encuesta, el trabajo de campo se organizó de la siguiente forma en cuatro (4) etapas:

1. Pre-Evaluación del HUSI: En esta etapa se envió la invitación al HUSI (ver anexo 2 carta de presentación), para conocer su intención de participar y apoyar el diligenciamiento de las diferentes encuestas, también se prepararon los documentos necesarios para presentar el proyecto en su respectivo comité de investigación y ética. El resultado de esta etapa es la presentación del proyecto al comité de investigación y ética institucional del HUSI.
2. Pos-Evaluación del HUSI: En esta etapa se verificó el resultado de la evaluación del proyecto por parte del comité de investigación y ética del HUSI y se realizaron los ajustes hasta su aprobación. Una vez aprobado el proyecto, ver Anexo 3 Carta aprobación proyecto y Anexo 4 Consentimiento informado aprobado.
3. Reunión con líderes del servicio de ginecología y obstetricia del HUSI: Una vez aprobado el proyecto se realizó de forma conjunta con la coordinación de enfermería, ginecología y pediatría la programación para la aplicación de la encuesta en los diferentes perfiles asistenciales, así como el tiempo de recolección de la población objeto del estudio de acuerdo con los protocolos de bioseguridad y horarios de atención establecidos por el hospital teniendo en cuenta la emergencia sanitaria ocasionada por Covid 19.
4. Aplicación de cuestionarios: En esta etapa se aplicaron los cuestionarios a la población objetivo de forma digital y física de acuerdo con lo definido en la etapa anterior de tal forma que se logre la mayor cantidad de cuestionarios en el transcurso de cuatro (4) semanas de trabajo de campo entre diciembre 2020 y enero 2021.

6.2.4 Recolección de datos:

Todos los individuos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (físico para maternas, parejas y familiares; y digital para personal asistencial y coordinadores) y que cumplan con los criterios de inclusión se abordaron entre diciembre 2020 y enero 2021 bajo las siguientes estrategias:

- Encuestas aplicadas mediante entrevista personal: Para la encuesta N°1, se realizó abordaje directo en la unidad o cama de la materna donde se encontraba acompañada de familiar o pareja a través del uso de una tablet/smartphone o con formulario en físico (de acuerdo con la selección del participante) posterior a la explicación del consentimiento informado, aceptación y firma de este.
- Encuestas aplicadas mediante envío a correo electrónico: Para las encuestas N°2 y N°3 se realizará el envío al correo electrónico institucional previa autorización de la institución para su diligenciamiento. También se realizó se realizó abordaje directo en los puestos de trabajo en hospitalización y salas de partos a través del uso de una tablet/smartphone posterior a la explicación del consentimiento informado, aceptación y firma de este.

La obtención y captura de los datos a través del aplicativo *forms* permite realizar seguimiento en tiempo real de variables como: tiempo promedio de respuesta y cantidad de población

objeto encuestada; a su vez realiza la codificación de cada cuestionario de forma consecutiva guardando el anonimato de la respuesta.

6.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

De acuerdo con el objetivo principal, para el desarrollo de la encuesta semiestructurada se tomó como referencia las categorías de violencia obstétrica descritas por Rodríguez Martínez, Torres Castro, & Restrepo Sánchez en su investigación del año 2016; que constituyen un insumo fundamental para el proyecto, dado que se pretende dar respuesta a una problemática percibida por la población objeto. Para la categoría Institucional se evaluaron las preguntas A, B y C; Física: D, E y F; Psicosocial: G, H, I, J y K; Simbólica: L y M; Comunicativa: N, O y P; Resistencia: Q y R; de la sección 3. Finalmente, para la categoría de Historicidad se analizaron las respuestas de la Sección 4 preguntas 1 y 2.

Para lo anterior se diseñaron y validaron tres (3) encuestas dirigidas a diferentes perfiles dentro de la atención del parto, ver numeral 10.2.1., las cuales fueron aplicadas a 56 participantes entre maternas, pareja, familiares y acompañantes; 64 trabajadores asistenciales entre auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales, médicos generales, ginecólogos, pediatras y anestesiólogos; y a 4 coordinadores o directivos.

Se hizo un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados de las encuestas semiestructuradas aplicadas en los diferentes roles de la atención del parto.

Se utilizó el software IBM SPSS para el análisis de fiabilidad (prueba Alfa de cronbach) de los cuestionarios posterior a la normalización de la base, se usó la prueba de Chi-cuadrado para probar hipótesis de dependencia entre variables de satisfacción de la experiencia y resultado en salud del recién nacido, se reportaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables continuas, y tablas de frecuencias o proporciones para las variables categóricas.

Para el caso de las preguntas de tipo abiertas se leyeron una a una y se realizó el reporte las respuestas encontradas.

Finalmente, con el análisis e interpretación de las respuestas obtenidas se priorizo las categorías del fenómeno de la violencia obstétrica que más afectan la humanización de la atención del parto para generar las recomendaciones para el HUSI que permitan mejorar la calidad del servicio y humanización de la atención.

6.3.1 Desarrollo de recomendaciones finales:

Para el desarrollo de las recomendaciones se utilizaron fuentes primarias y secundarias:

- Fuentes Primarias: Encuestas semi-estructuradas aplicadas a los diferentes roles durante la atención del parto relacionada con su percepción sobre como las categorías del fenómeno de violencia obstétrica afectan la humanización del parto.
- Fuentes secundarias: A través de la revisión narrativa disponible y relacionada con la violencia obstétrica y humanización en la atención del parto en Latinoamérica y Colombia, construir y definir las recomendaciones que describan prácticas adecuadas que previenen el fenómeno de violencia obstétrica y mejoran la humanización y la calidad de la atención del parto.

6.4 CONSIDERACIONES ÉTICA

El proyecto de gestión y el formato de recolección de información fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario San Ignacio.

Se trata de un proyecto de gestión con riesgo mínimo para la población encuestada y se enmarca dentro los principios fundamentales de la ética de la investigación, específicamente para este proyecto:

- Resolución 8430 de 1993 Cap. I.
- Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con la salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), específicamente: Pautas (1,4, 6,9, 10,15, 18, 19, 22 y 25) y,
- Ley 1915 de 2018, por la cual se modifica la ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y Derechos conexos.

Con el fin de mantener el anonimato se hizo desidentificación de datos de los encuestados, Los resultados de este estudio solo podrán ser publicados solo bajo el consentimiento del Hospital Universitario San Ignacio. Se plantea a futuro poder tener la posibilidad de aplicar esta misma investigación a otras instituciones con el fin de aumentar la diversidad de la población objeto y con ello lograr conclusiones de mayor impacto y cobertura para la calidad y humanización de la atención del parto.

Para la realización de este trabajo se solicitó a la dirección de la Maestría de administración de salud una carta de presentación del proyecto dirigida al HUSI. Esta carta tiene como objeto informar a los comités de ética sobre los aspectos relacionados con la confidencialidad y tratamiento de la información, así como la metodología utilizada para la captación de la información.

Compensación: Presentación y entrega de resultados de investigación a la institución participante por parte del grupo de investigadores

Ver Anexo 4 Consentimiento informado aprobado por el comité de investigación y ética HUSI y Anexo 5 Consentimiento Informado para aplicación digital.

7 RESULTADOS DEL PROYECTO

7.1 RESULTADOS ENCUESTA N° 1 MATERNA, PAREJA, FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

7.1.1 Resultados por pregunta sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta:

- Pregunta N°1 ¿Usted es?

Tabla 3. Caracterización perfil participantes encuesta N°1.

Perfil participantes encuesta N°1	N°	Participantes	%
Materna	35		58,08%
Pareja	14		23,25%
Familiar o Acompañante	7		18,67%
Total general	56		100,00%

- Pregunta N°2 ¿Cuántos hijos tiene? (incluyendo el recién nacido)

Tabla 4. Cantidad de hijos por perfil en los participantes encuesta N°1.

Cantidad de hijos	Familiar o Acompañante		Materna		Pareja		Cantidad Total	% del Total
	N°	%	N°	%	N°	%		
0	2	37,25%		0,00%		0,00%	2	6,95%
1	1	7,72%	15	34,74%	5	45,01%	21	32,08%
2	2	25,17%	10	38,19%	3	20,49%	15	31,64%
3	1	16,78%	7	18,99%	4	16,71%	12	18,05%
4	1	13,09%	1	3,88%		0,00%	2	4,70%
5		0,00%	2	4,21%	2	17,79%	4	6,58%
Total general	7	100,00%	35	100,00%	14	100,00%	56	100,00%

- Pregunta N°3 ¿Cuál es su nivel de educativo más alto alcanzado?

Tabla 5. Nivel máximo alcanzado en los participantes encuesta N°1.

Máximo Nivel de educación alcanzado	Familiar o Acompañante		Materna		°Pareja		Cantidad Total	% del Total
	N°	%	N°	%	N°	%		
Básica primaria (1° - 5°)		0,00%	3	15,10%	1	11,05%	4	11,34%
Básica secundaria (6° - 9°)	2	29,87%	5	11,54%	1	5,39%	8	13,53%
Media (10° - 13°)	3	37,92%	10	31,82%	3	30,46%	16	32,64%
Técnico/tecnólogo	2	32,21%	8	20,93%	4	32,88%	14	25,81%
Universitario		0,00%	6	17,04%	3	12,94%	9	12,91%
Posgrado		0,00%	3	3,56%	2	7,28%	5	3,76%
Total general	7	100,00%	35	100,00%	14	100,00%	56	100,00%

- Pregunta N°4 ¿Cuál es su estado civil?

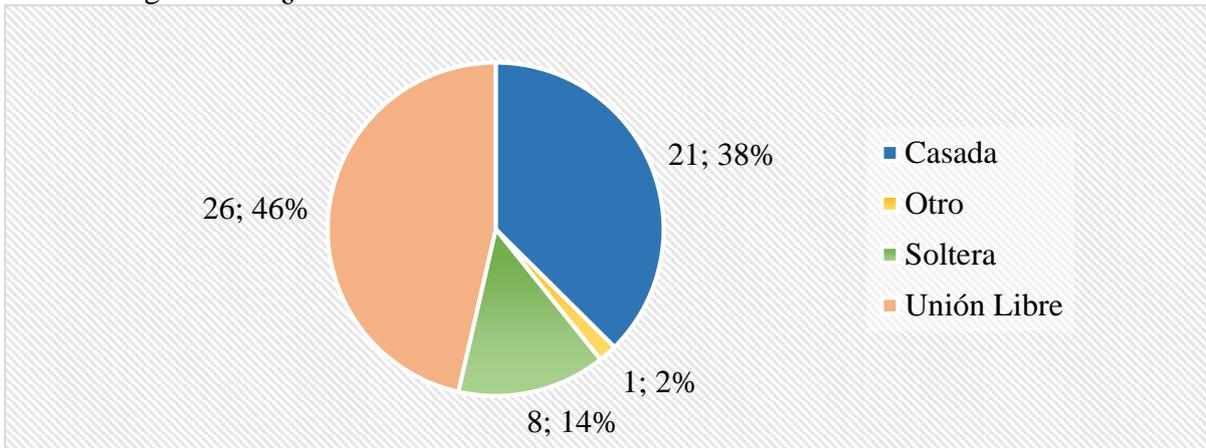


Gráfico 1 Distribución de estado civil de los participantes de la encuesta N°1

- Pregunta N°5 ¿En dónde vive?

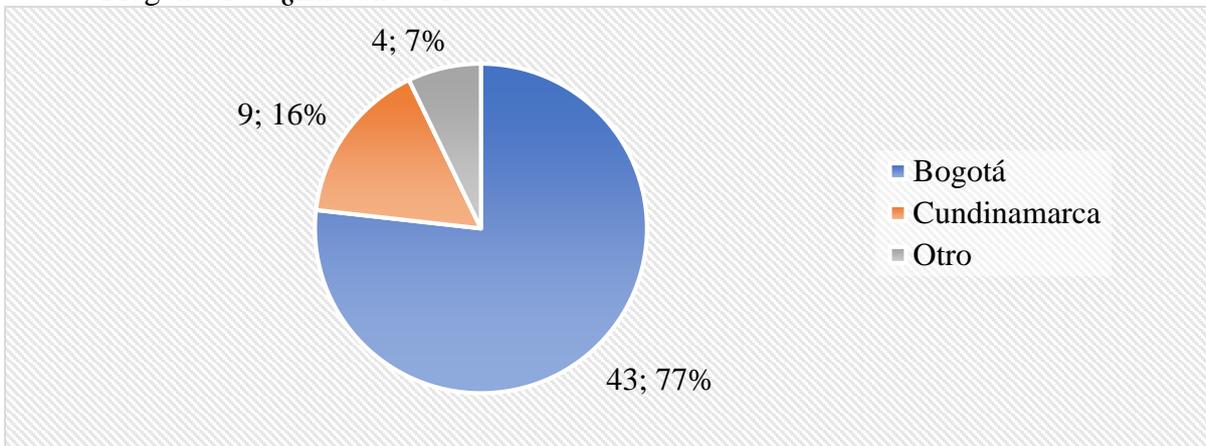


Gráfico 2 Distribución del lugar donde viven los participantes de la encuesta N°1

- Pregunta N°6 ¿Qué edad tiene? (Quien diligencia el formulario)

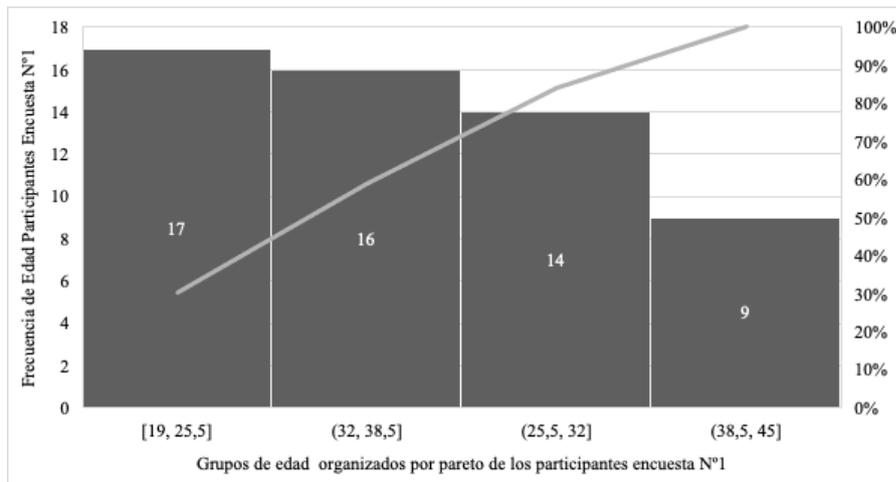


Gráfico 3 Distribución de edad de los participantes de la encuesta N°1

7.1.2 Análisis resultados sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

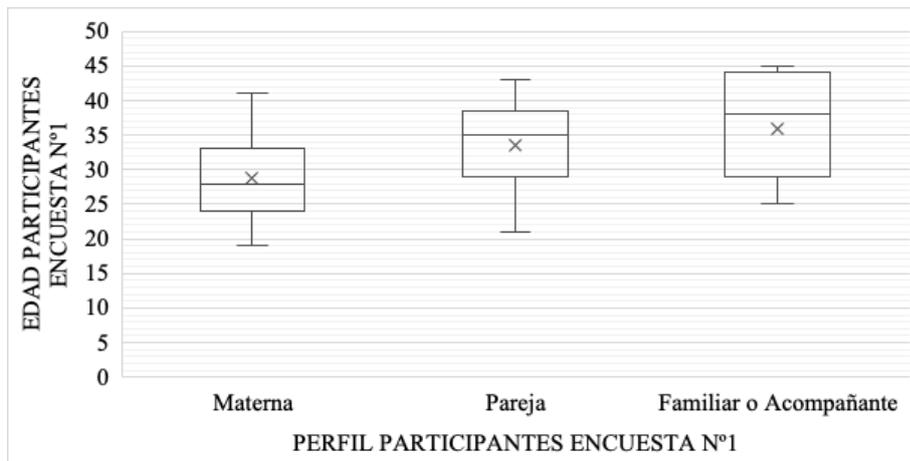


Gráfico 4 Distribución de edad en los perfiles participantes de la encuesta N°1

Las maternas presentan la mediana más baja de los tres perfiles (28), a diferencia de los familiares y acompañantes con una media de 38. De igual forma las maternas presentan la edad extrema inferior de 19 años y los familiares y los acompañantes la edad extrema superior de 45 años. Las edades de las parejas y familiares presentan una asimetría hacia edades inferiores.

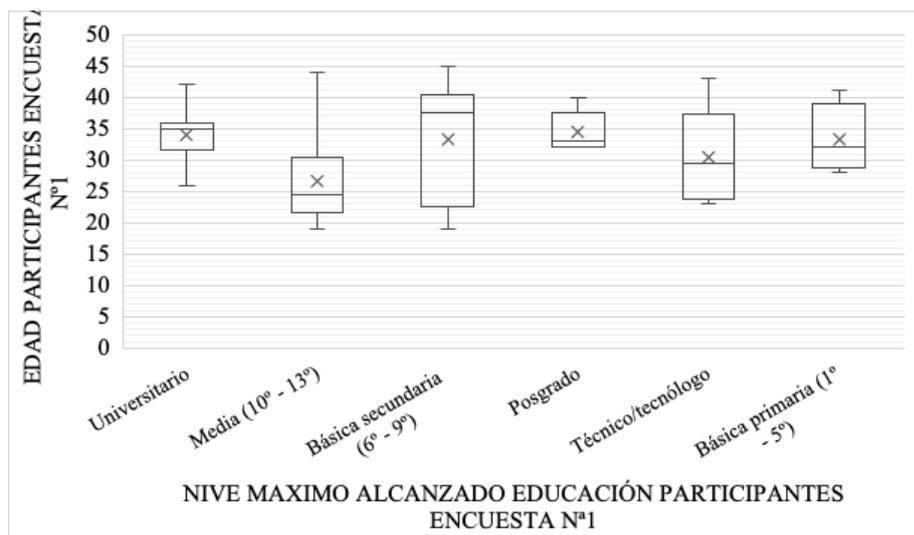


Gráfico 5 Distribución de edad en los niveles máximos de educación de los participantes de la encuesta N°1

En cuanto al nivel máximo alcanzado de educación de los participantes de la encuesta N°1 se puede evidenciar que el nivel máximo de educación media y básica secundaria agrupan al 53% (30) de los participantes, y tienen las edades más extremas: 19 y 45 años para básica secundaria y 19 y 44 años para media. La básica secundaria tiene la mediana de edad más alta (38 años), lo que se refleja en su asimetría y dispersión en los datos. Los participantes que cuentan con posgrado tienen las edades más agrupadas entre 32 y 40 años.

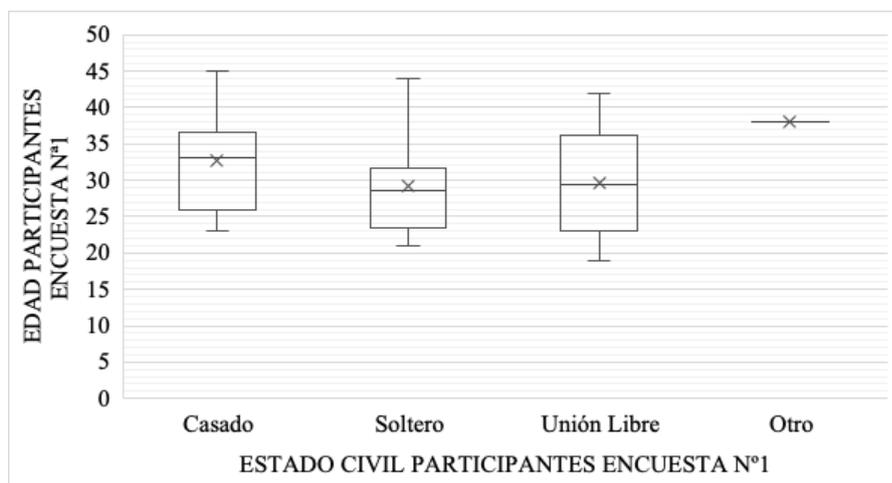


Gráfico 6 Distribución de edad en el estado civil de los participantes de la encuesta N°1

La edad extrema superior se encuentra en el grupo de casados (45 años) y la edad extrema inferior se encuentra en el grupo de unión libre (19 años). Sin tener en cuenta al único participante que se auto denomina en estado civil “otro”, el grupo de casados tiene la mediana más alta (33 años).

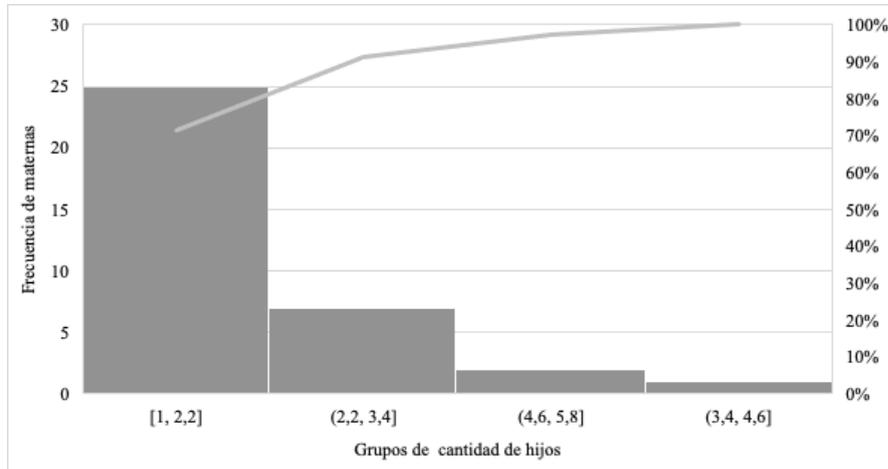


Gráfico 7 Distribución de número de hijos en las maternas participantes.

De todas las maternas que participaron en la investigación las que más hijos tienen son 5 (4%), la variable cantidad de hijos en las maternas tiene una mediana de 2 hijos y un comportamiento simétrico de los datos. El 85% de los participantes tienen entre 1 y 3 hijos al momento de la investigación.

7.1.3 Resultados por pregunta sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto

A continuación, se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto.

- Situación A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.

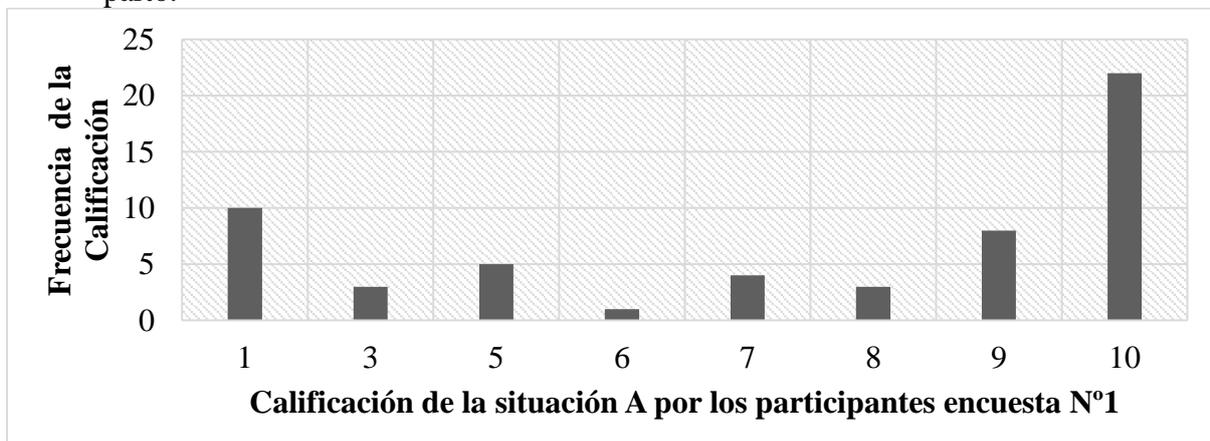


Gráfico 8 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación A sobre la humanización de la atención.

- Situación B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto.

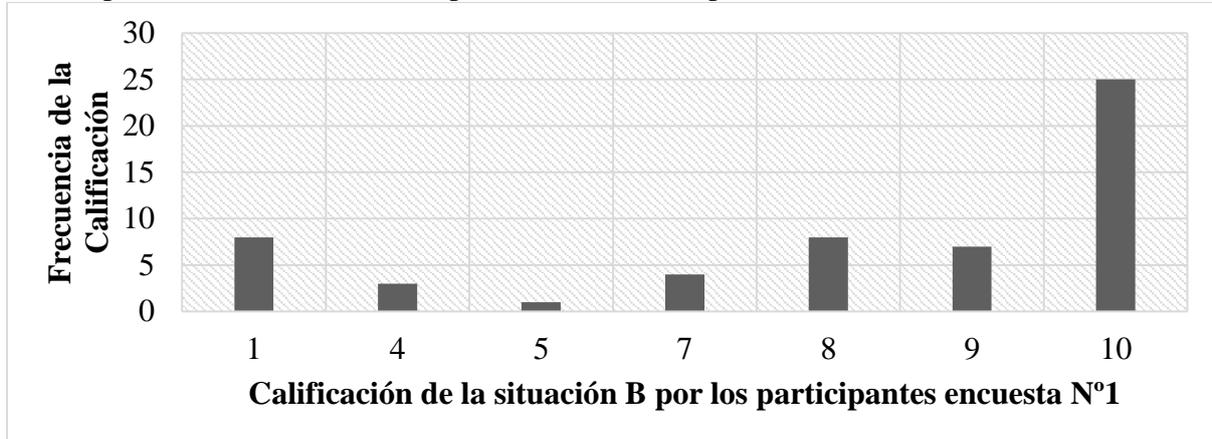


Gráfico 9 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación B sobre la humanización de la atención.

- Situación C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros.

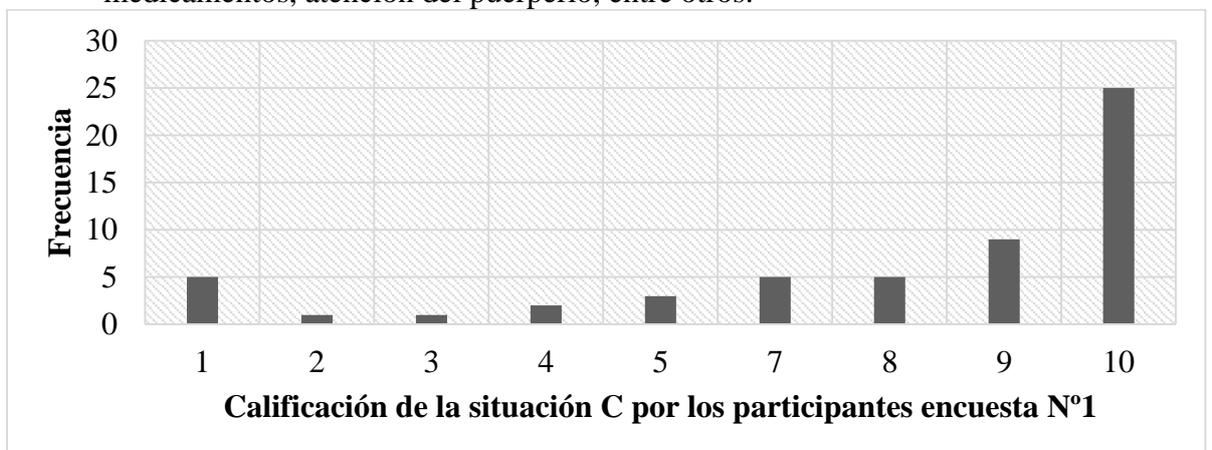


Gráfico 10 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación C sobre la humanización de la atención.

- Situación D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.

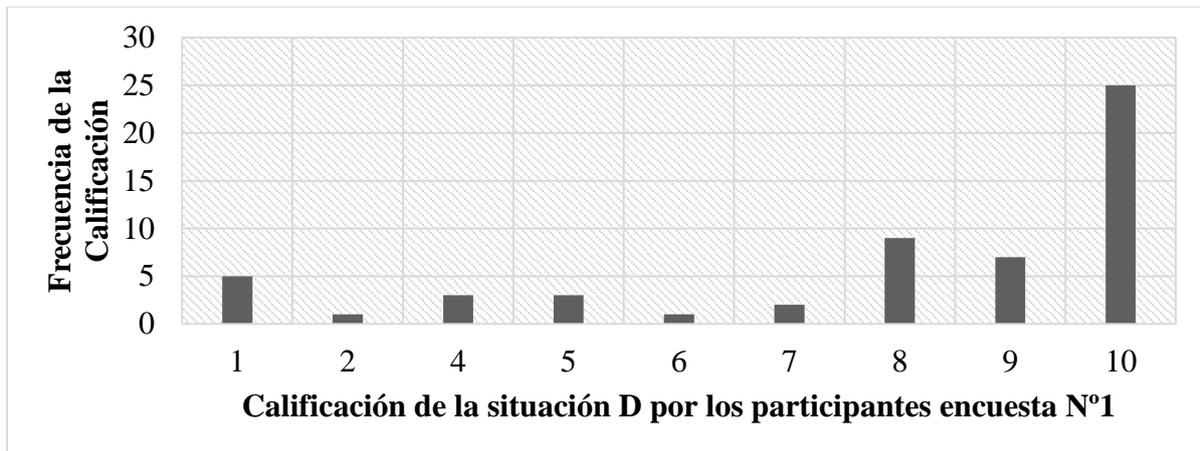


Gráfico 11 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación D sobre la humanización de la atención.

- Situación E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

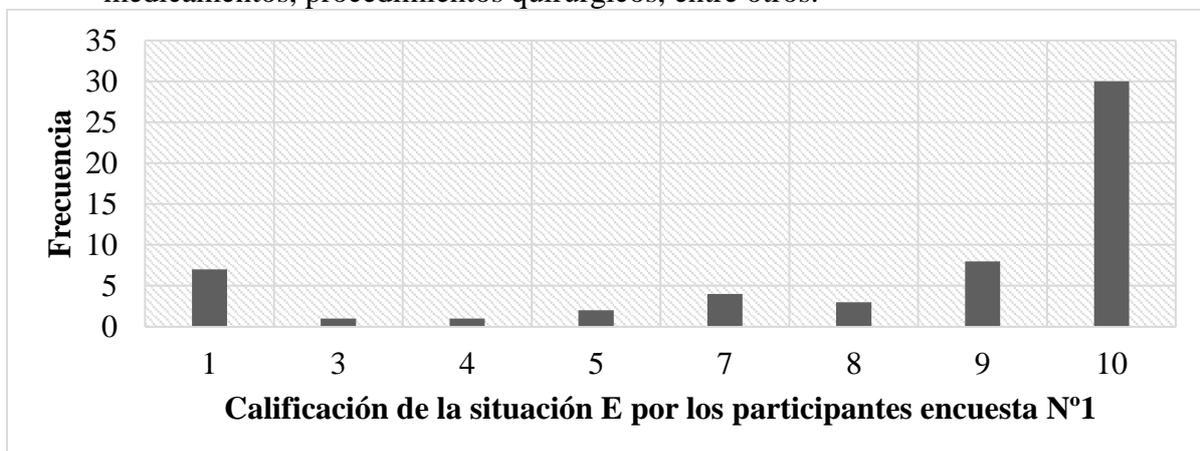


Gráfico 12 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación E sobre la humanización de la atención.

- F Situación. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.

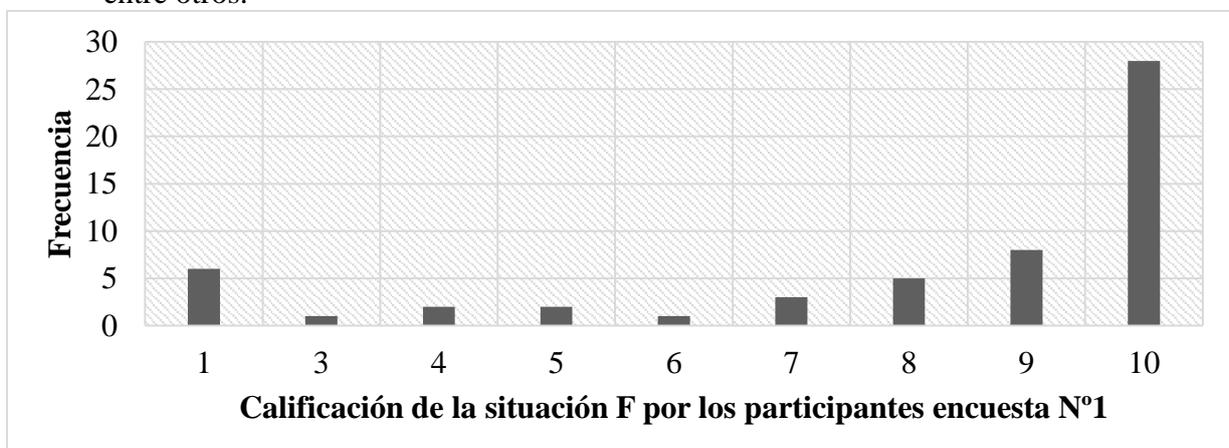


Gráfico 13 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación F sobre la humanización de la atención.

- Situación G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.

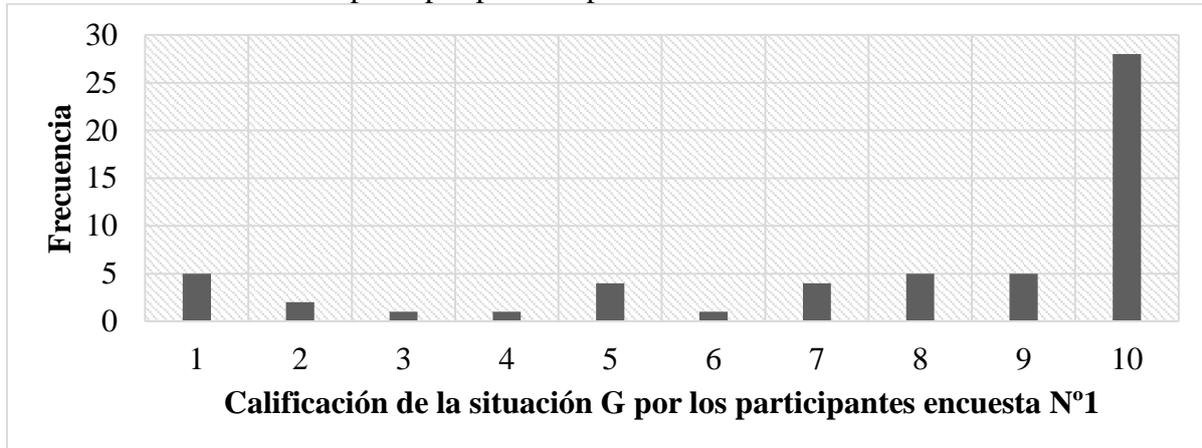


Gráfico 14 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación G sobre la humanización de la atención.

- Situación H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.

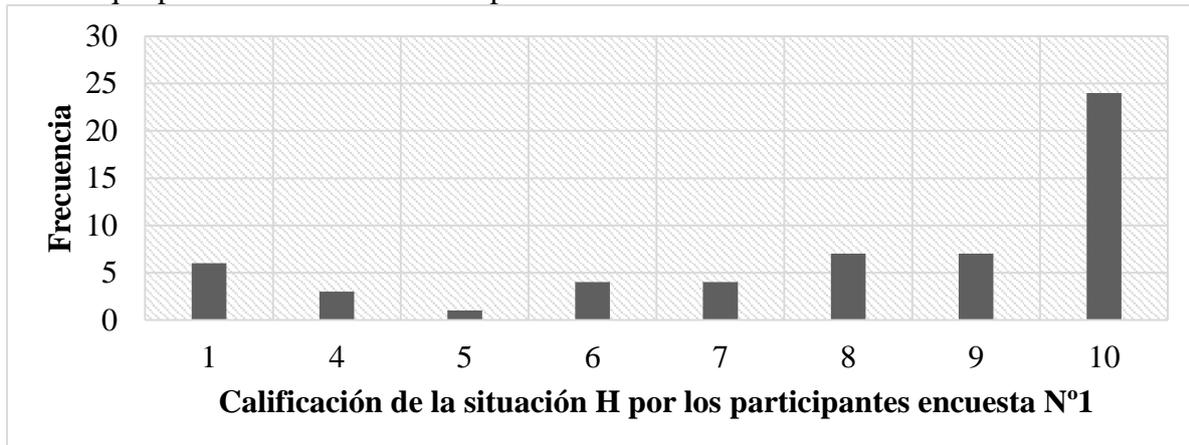


Gráfico 15 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación H sobre la humanización de la atención.

- Situación I. La relación, trato o comunicación con su pareja.

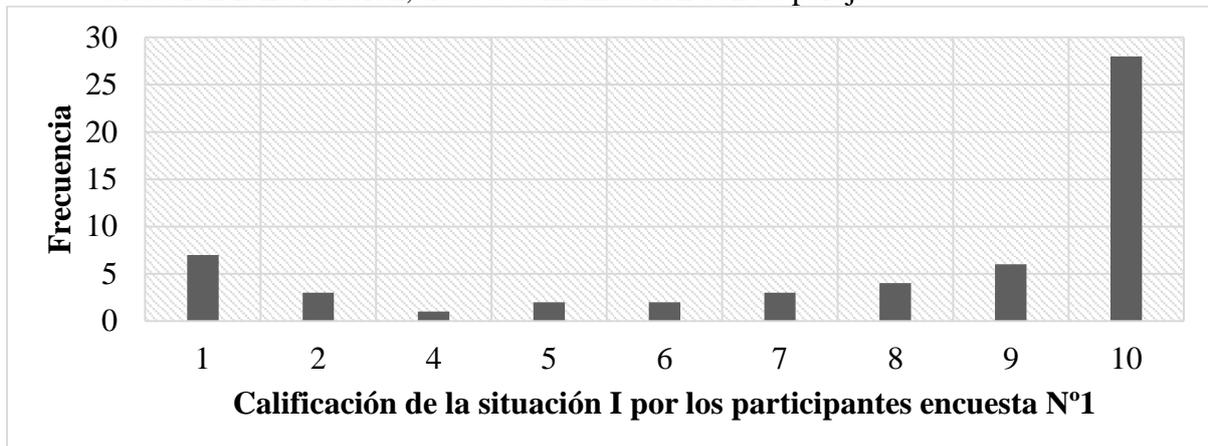


Gráfico 16 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación I sobre la humanización de la atención.

- Situación J. La relación, trato o comunicación con su familia.

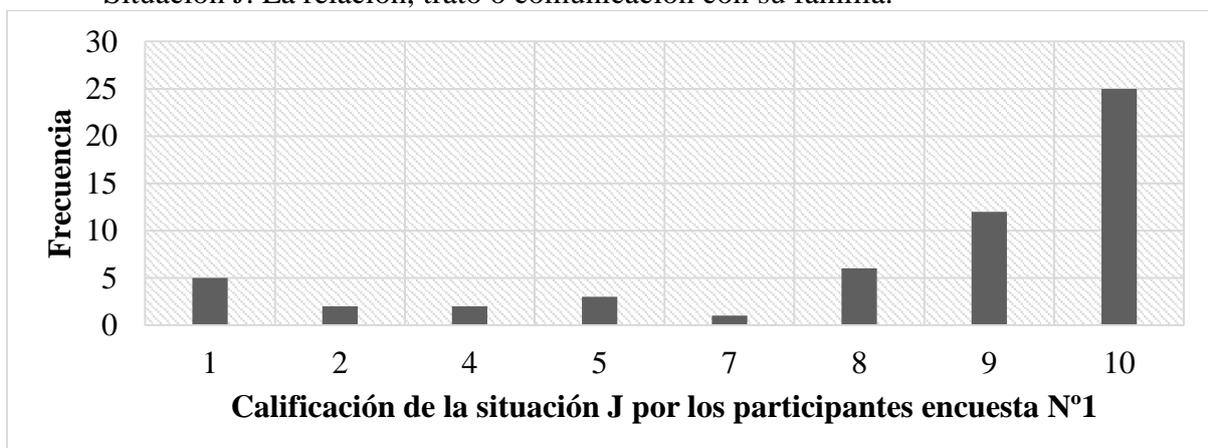


Gráfico 17 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación J sobre la humanización de la atención.

- Situación K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)

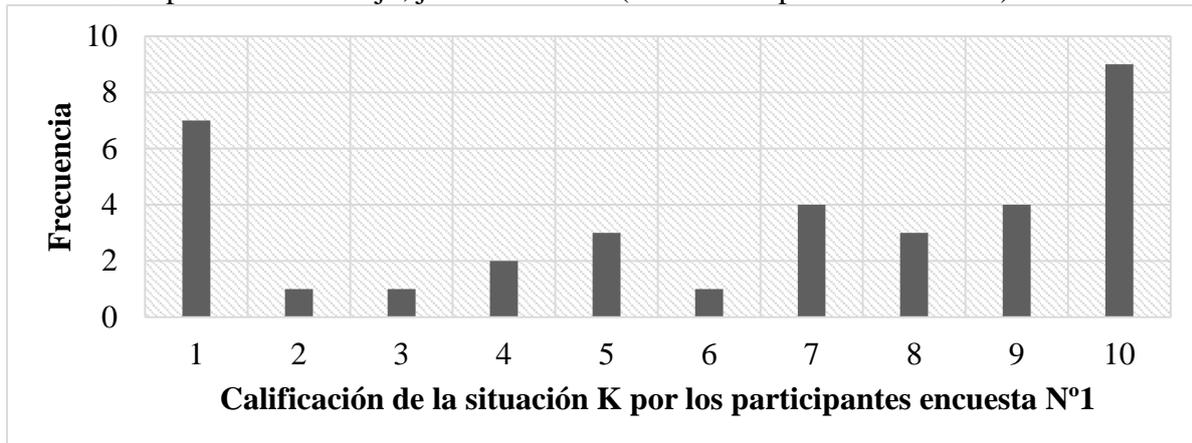


Gráfico 18 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación K sobre la humanización de la atención.

- Situación L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.

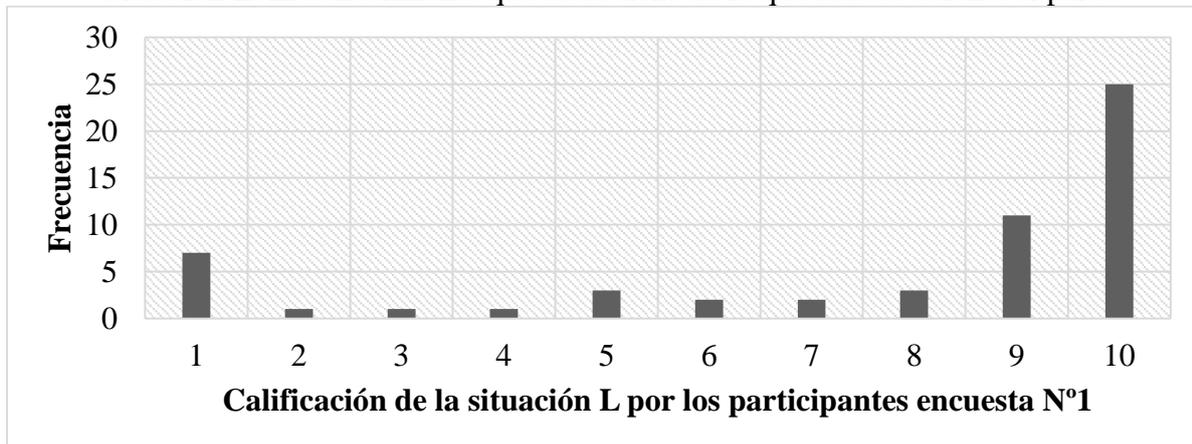


Gráfico 19 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación L sobre la humanización de la atención.

- Situación M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.

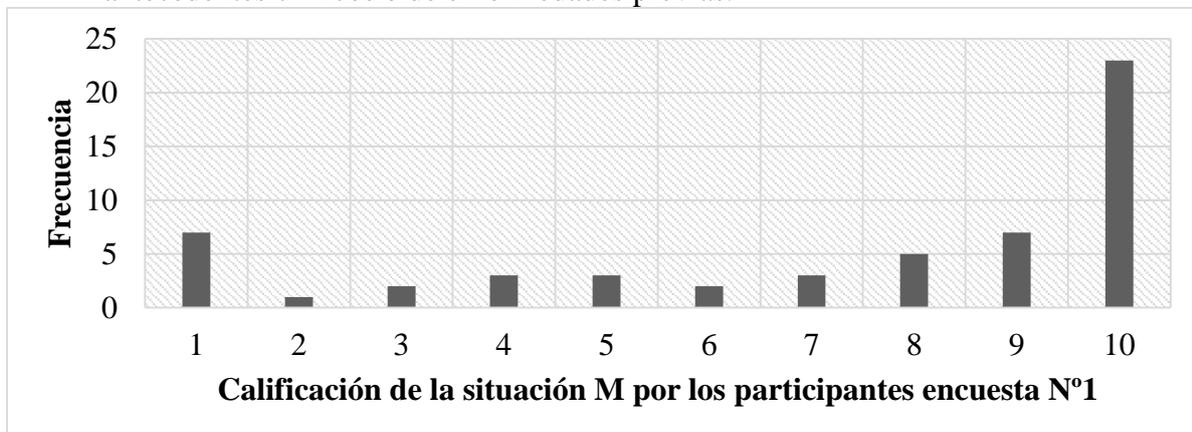


Gráfico 20 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.

- Situación N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.

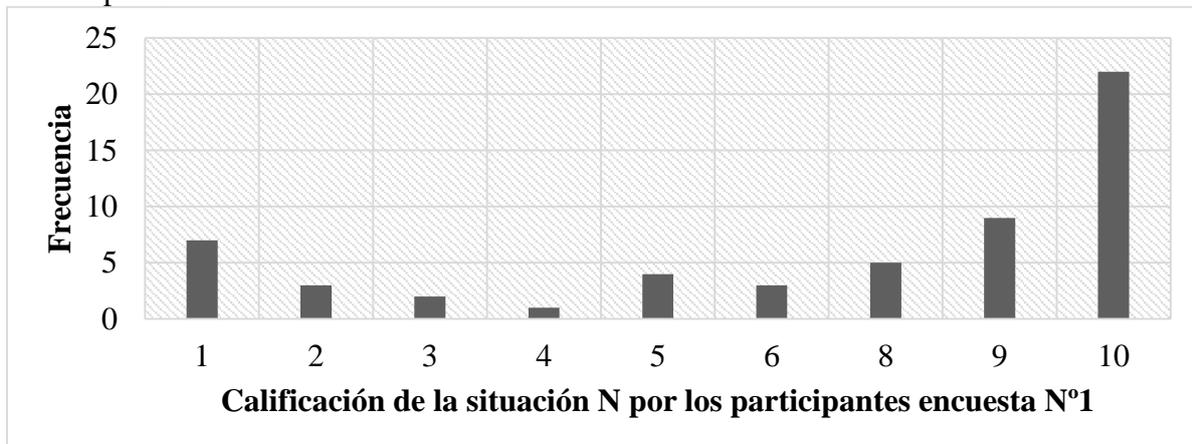


Gráfico 21 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.

- Situación O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.

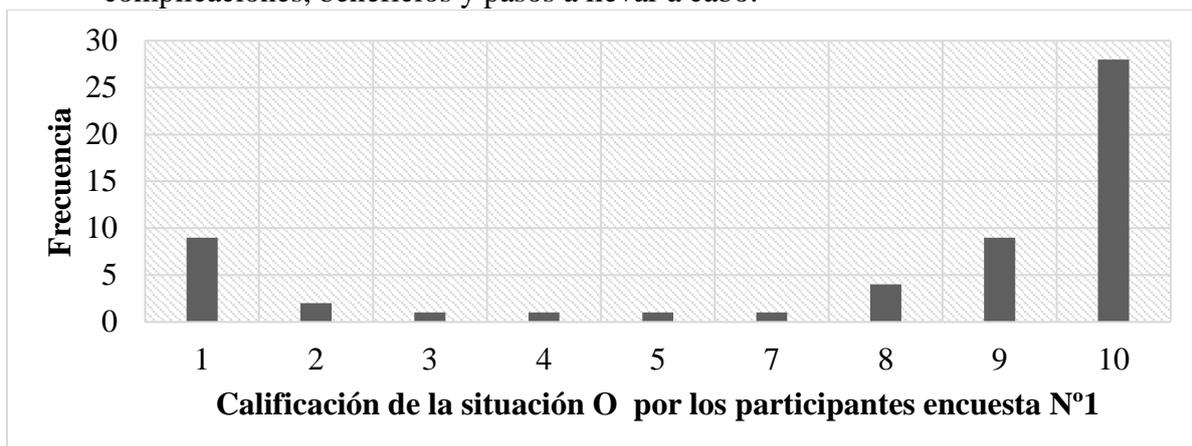


Gráfico 22 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación O sobre la humanización de la atención.

- Situación P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.

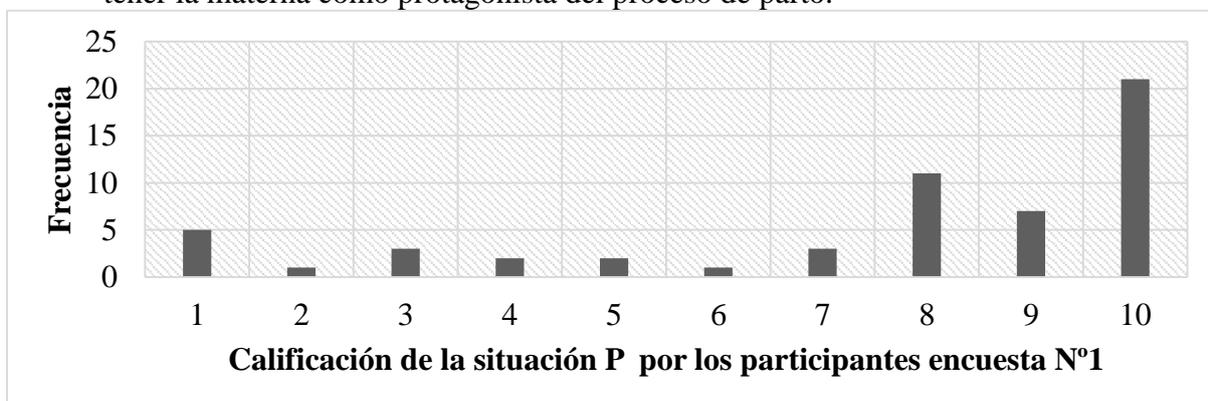


Gráfico 23 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación P sobre la humanización de la atención.

- Situación Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.

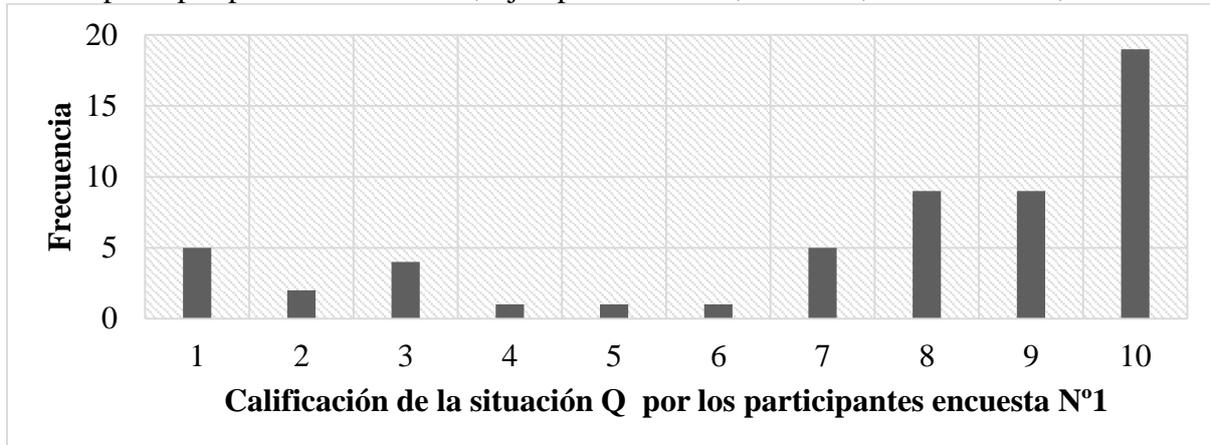


Gráfico 24 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación Q sobre la humanización de la atención.

- Situación R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

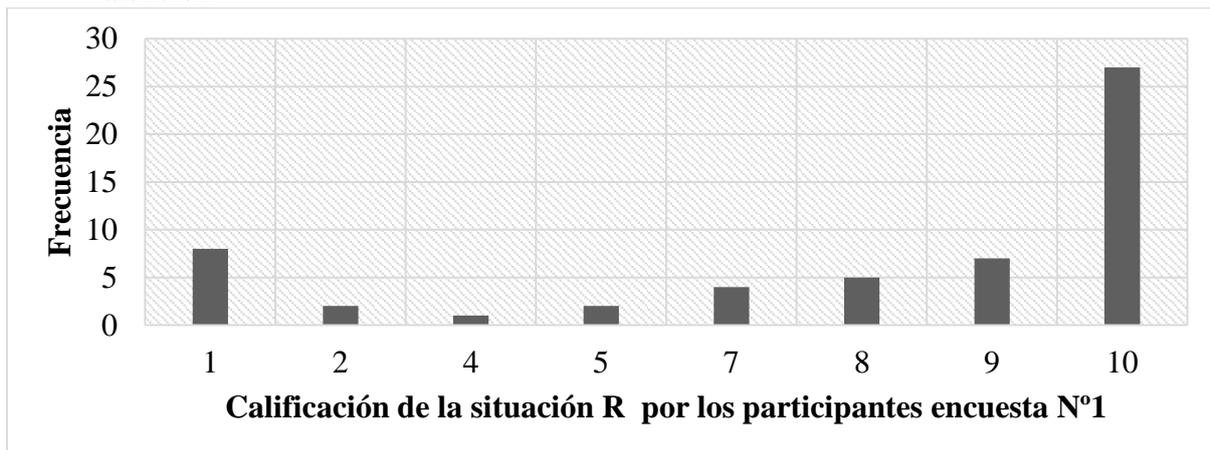


Gráfico 25 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación R sobre la humanización de la atención.

7.1.4 Análisis sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto

Tabla 6. Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°1

Categoría Violencia Obstétrica	Maternas	Pareja	Familiar o acompañante
Institucional	<p>Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 8,0) Afecta más la humanización que los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 6,9)</p> <p>La categoría institucional en el perfil de maternas obtuvo la menor calificación de impacto a la mayor calificación entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 7,4)</p>	<p>Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 7,3) Afecta más la humanización que los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 7,6)</p>	<p>Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 7,3) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 6,3).</p> <p>La categoría institucional en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 6,8)</p>
Física	<p>Todas las practicas realizadas en la inducción del parto resultado promedio 7,8) afectan más la humanización que el desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto (resultado promedio 7,6).</p>	<p>Todas las acciones o intervenciones realizadas en el cuerpo de la materna (resultado promedio 9,0) afectan más la humanización que el desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto (resultado promedio 8,6).</p> <p>La categoría física en el perfil de pareja obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,7)</p>	<p>Todas las practicas realizadas en la inducción del parto resultado promedio 7,7) afectan más la humanización que la información dada antes de los tactos vaginales (resultado promedio 7,1)</p> <p>La categoría física en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 7,5)</p>

Categoría Violencia Obstétrica	Maternas	Pareja	Familiar o acompañante
Psicosocial	<p>Las relaciones con la familia afectan más la humanización (resultado promedio 7,8) que la relación con compañeros o jefe en el trabajo (resultado promedio 5,9).</p> <p>Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto. (resultado promedio 7,8) Afecta más la humanización que los comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución (resultado promedio 7,7).</p>	<p>Las relaciones con la familia afectan más la humanización (resultado promedio 8,6) que la relación con compañeros o jefe en el trabajo (resultado promedio 6,8).</p> <p>Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución (resultado promedio 7,9) afectan igual la humanización que que responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto. (resultado promedio 7,9).</p> <p>La categoría psicosocial en el perfil de pareja obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 7,9)</p>	<p>Las relaciones con la familia afectan más la humanización (resultado promedio 7,3) que la relación con compañeros o jefe en el trabajo (resultado promedio 6,2).</p> <p>Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución (resultado promedio 7,7) afectan más la humanización que responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto. (resultado promedio 7,3).</p> <p>La categoría psicosocial en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 6,9)</p>
Simbólica	El conocimiento que tiene la materna de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 7,7) afecta más la humanización que realizar de manera mecánica las actividades relacionadas	El conocimiento que tiene la materna de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 8,2) afecta más la humanización que realizar de manera mecánica las actividades	Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 6,4) afecta más la humanización que el conocimiento

Categoría Violencia Obstétrica	Maternas	Pareja	Familiar o acompañante
	con la atención (resultado promedio 7,2).	relacionadas con la atención (resultado promedio 7,9). La categoría simbólica en el perfil de pareja obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,0)	que tiene la materna de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 6,7). La categoría simbólica en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 6,6)
Comunicativa	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto (resultado promedio 7,3) afecta la humanización de forma similar que los comentarios realizados por el personal de salud (resultado promedio 7,3).	La percepción qué tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna durante el parto (resultado promedio 8,6) afecta más la humanización que los comentarios realizados por el personal de salud (resultado promedio 7,0). La categoría comunicativa en el perfil de pareja obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,0)	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto (resultado promedio 7,3) afecta más la humanización que los comentarios realizados por el personal de salud (resultado promedio 6,9) La categoría comunicativa en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 7,1)
Resistencia	Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 7,5) afecta más la humanización que La libertad de	Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 8,2) afecta más la humanización que La	Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 7,1) afecta más la humanización que la libertad de realizar

Categoría Violencia Obstétrica	Maternas	Pareja	Familiar o acompañante
	<p>realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 7,4).</p>	<p>libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 7,8).</p> <p>La categoría resistencia en el perfil de pareja obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,0).</p>	<p>posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 6,7).</p> <p>La categoría comunicativa en el perfil de familiares o acompañantes obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 6,9).</p>
Historicidad	<p>El 66,4% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 91,9% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos.</p>	<p>El 66,3% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 96,5% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos.</p>	<p>El 73,5% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 94,5% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos.</p>

7.1.5 Resultados por pregunta sección 4 experiencia en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta:

- Pregunta 1. ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

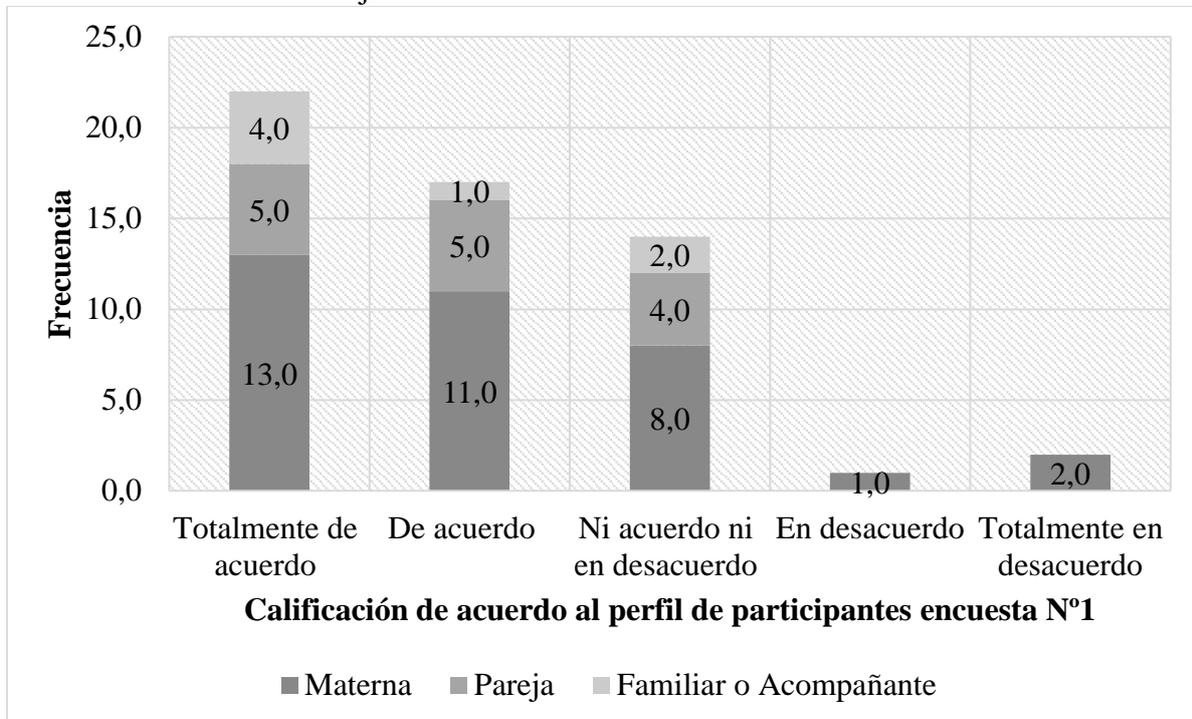


Gráfico 26 Distribución de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a si la experiencia en la atención condiciona el deseo de tener hijos en el futuro.

- Pregunta 2. ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

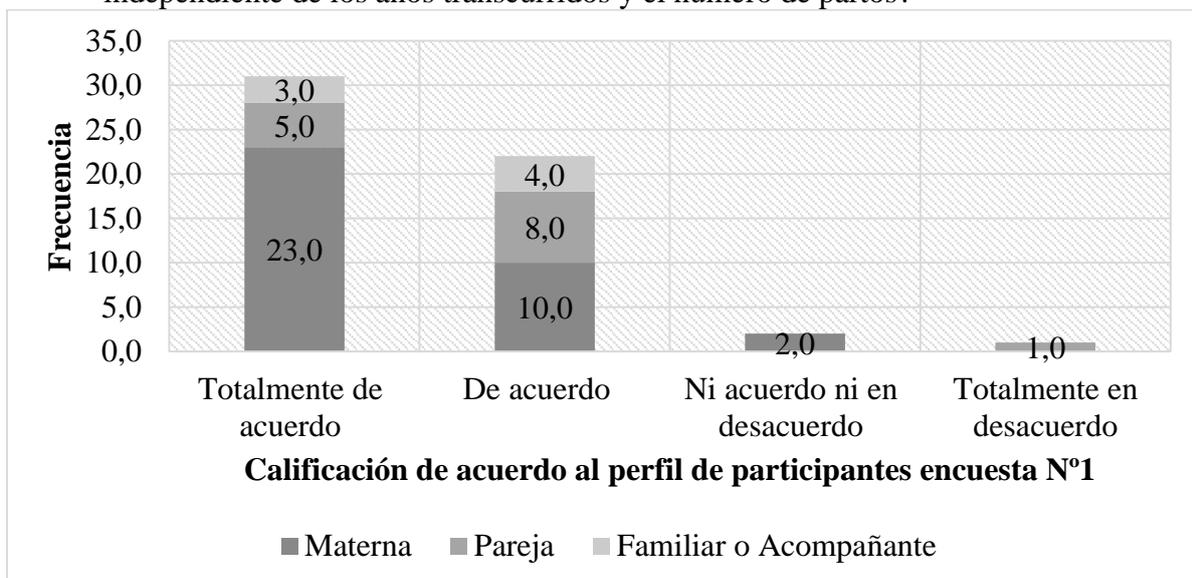


Gráfico 27 Distribución de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a si la experiencia en la atención será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente.

- Pregunta 3. Teniendo en cuenta que: 10 refleja la mejor experiencia y 1 la peor experiencia de la atención del parto. ¿Califique de 1 a 10 la experiencia en su último parto? (incluye el actual)

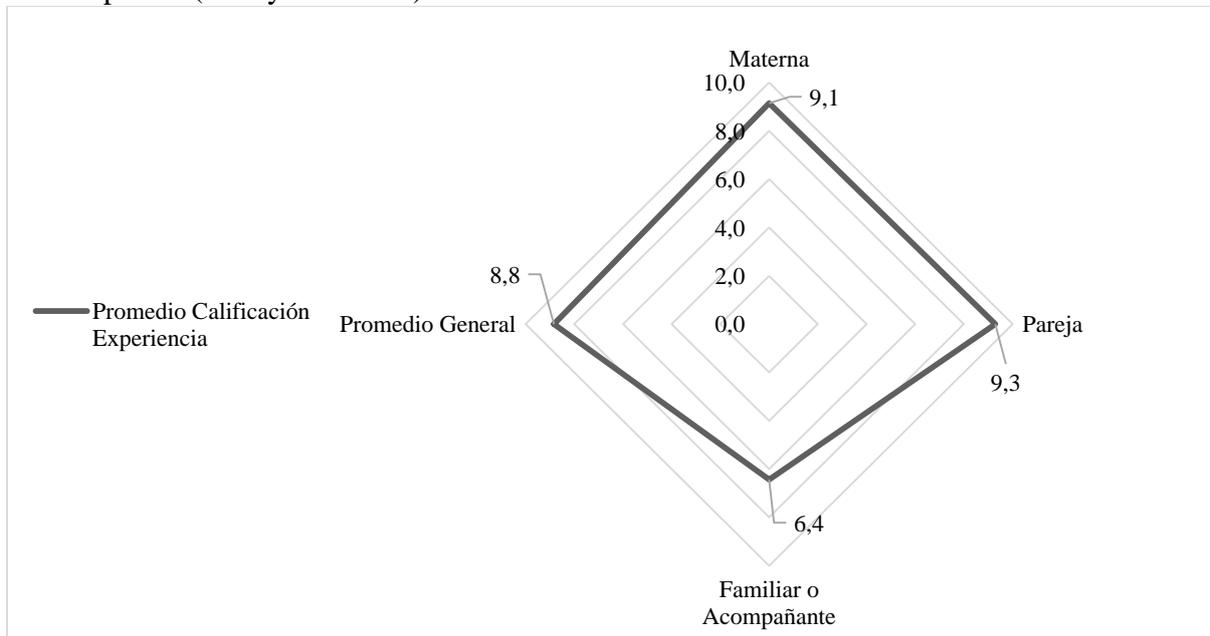


Gráfico 28 Promedio de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a la experiencia en la atención del parto.

- Pregunta 4. ¿Su hijo nació con un estado de salud óptimo? Estado de salud óptimo se refiere a que nació vivo y que no se requirieron intervenciones adicionales después del nacimiento.

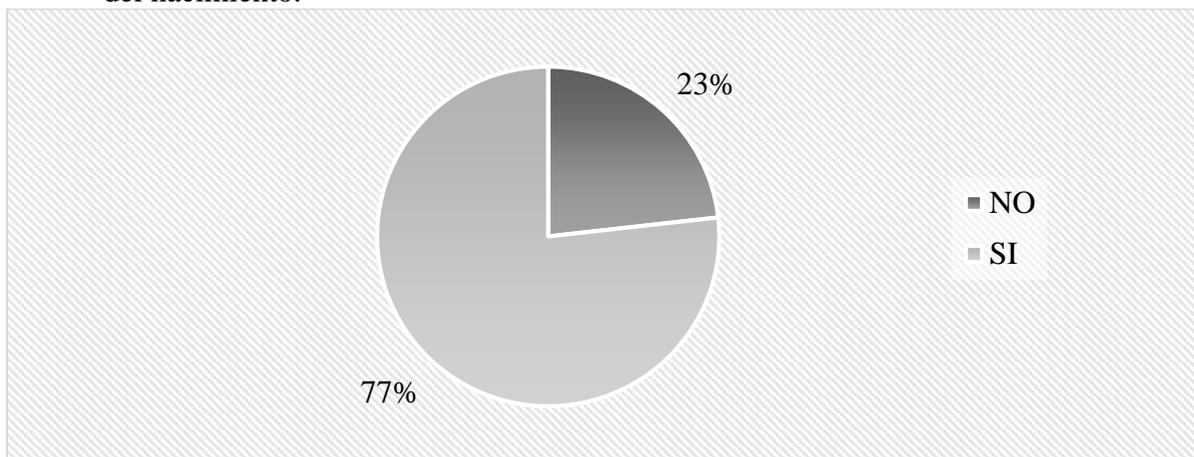


Gráfico 29 Distribución del estado de salud de acuerdo con los participantes N°1.

Al realizar el análisis de chi cuadrado comparando la percepción sobre la experiencia de la atención con el resultado de salud del recién nacido se puede demostrar la hipótesis nula que la satisfacción en la atención del parto es dependiente del resultado de salud del recién nacido, ya que de acuerdo con la tabla de chi cuadrado para 6 grados de libertad y un nivel de

significancia del 5% el valor límite es de 12.5916 y el resultado es de 8.632, lo que indica que se encuentra en el rango de aceptación.

Tabla 7. Prueba chi-cuadrado entre la experiencia de la atención y el resultado de salud del recién nacido

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,632a	6	0,195
Razón de verosimilitud	9,389	6	0,153
Asociación lineal por lineal	0	1	0,988
N de casos válidos	56		

a 11 casillas (78,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

- Si desea justifique la respuesta anterior (No es obligatorio-Abierta)

De los participantes que justificaron su respuesta describieron que el hijo NO tenía un estado óptimo de salud porque “Al día siguiente a cuna por hipoglicemia”, “Bajo peso al nacer”, “El bebé nació con el labio y paladar hendido”, “Tuvo que ir a la unidad de neonatos”, “Prematuro”. Por otro lado, algunos participantes justificaron su respuesta de SI con las siguientes descripciones: “Muy bien Gracias a Dios”, “Nació muy sano y este hospital es el mejor para mí”, “Gracias a cada uno de los médicos y enfermeros por su atención tan buena”.

7.1.6 Análisis sección 4 experiencia en la atención del parto

Del total de las maternas que participaron en el estudio reflejan una experiencia positiva (resultado promedio 9,1) al igual que las parejas (resultado promedio 9,3) en contraste con la percepción de los familiares o acompañantes (resultado promedio 6,4). Las maternas que contestaron que el estado de salud de su hijo recién nacido NO era el óptimo tienen menor satisfacción de la experiencia (resultado promedio 8,6) que las que contestaron que su hijo SI nació en condiciones óptimas de salud (resultado promedio 9,3); en contraste con los familiares y acompañantes quienes contestaron que el estado de salud del recién nacido NO era el óptimo tienen mayor satisfacción de la experiencia (resultado promedio 9,6) que las que contestaron que el menor SI nació en condiciones óptimas de salud (resultado promedio 6,0).

7.1.7 Análisis de fiabilidad y estadístico

Tabla 8. Análisis de fiabilidad encuesta N°1 preguntas sección 3.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,982	0,982	18

Al procesar la escala utilizada en las preguntas de la sección N°3 de la encuesta N°1 relacionadas con el impacto de las categorías de violencia obstétrica en la humanización el resultado del alfa de cronbach da cercano a uno (0,982) lo que indica consistencia interna entre los 18 ítems evaluados.

Tabla 9. *Análisis estadístico encuesta N°1 preguntas sección 3.*

Pregunta	Media	Desviación estándar
A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.	7,09	3,44
B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto	6,26	3,45
C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros	7,14	3,35
D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.	7,60	2,88
E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.	7,83	2,95
F. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.	7,94	3,01
G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.	7,80	2,93
H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.	7,54	3,05
I. La relación, trato o comunicación con su pareja.	7,66	3,07
J. La relación, trato o comunicación con su familia.	7,74	3,17
K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)	7,77	2,98
L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.	7,89	2,99
M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.	7,20	3,28
N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.	7,09	3,30
O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.	7,89	3,25
P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.	7,69	2,84
Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.	7,49	2,91
R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.	7,86	3,14

Tabla 10. *Estadísticas resumen encuesta N°1 preguntas sección 3.*

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	7,53	6,26	7,94	1,69	1,27	0,18	18
Varianzas de elemento	9,74	8,05	11,90	3,86	1,48	1,51	18

7.2 RESULTADOS ENCUESTA N° 2 PERSONAL ASISTENCIAL

7.2.1 Resultados por pregunta sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta:

- Pregunta 1. ¿Usted es?

Tabla 11. *Participantes encuesta N°2 por perfil.*

Perfil Asistencial	Cantidad	% del Total
Auxiliar de Enfermería	27	44,10%
Enfermero/a	12	22,81%
Ginecólogo-Perinatólogo	8	12,53%
Médico General	2	1,88%
Otro	12	18,68%
Total general	61	100,00%

- Pregunta 2. ¿Qué experiencia tiene usted en Instituciones prestadoras de servicios de salud materna?

Tabla 12. *Participantes encuesta N°2 por experiencia.*

Perfil Asistencial	Cantidad	% del Total
<1 año	7	14,77%
2-5 años	18	29,49%
>16 años	7	9,86%
6 a 15 años	29	45,88%
Total general	61	100,00%

7.2.2 Análisis resultados sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

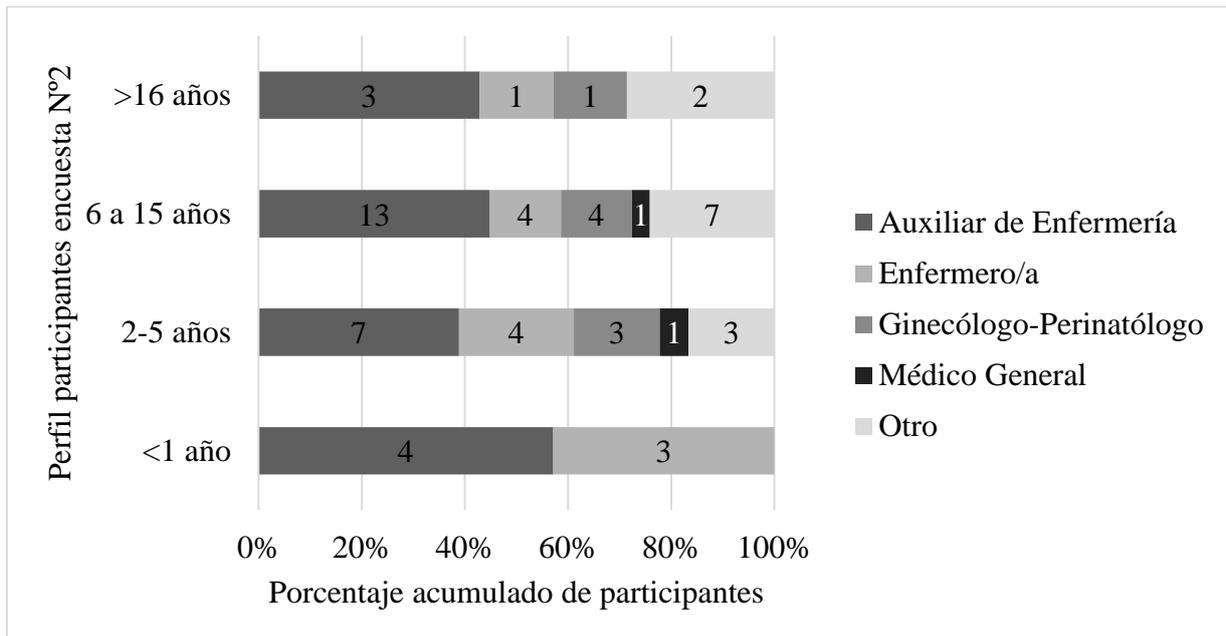


Gráfico 30 Distribución de las categorías de experiencia de los participantes de la encuesta N°2.

De acuerdo con el gráfico 31 el 62% (5) de los participantes que se auto caracterizaron como ginecólogo-perinatólogo tienen experiencia mayor a 6 años en instituciones prestadoras de servicios de salud materna, en contraste con los profesionales de enfermería quienes el 58% (7) tienen experiencia menor a 6 años. En los auxiliares de enfermería el 74% (20) tienen una experiencia entre 2 a 15 años, siendo la experiencia entre 6 a 15 años (13-48%) la de mayor frecuencia en este perfil. Finalmente, en cuanto a los otros perfiles que participan en la atención del parto en el HUSI como lo son pediatras y anesthesiólogos el 75% (11) tiene más de 6 años de experiencia en instituciones de servicios de salud materna.

En general el 59% (36) de los participantes asistenciales tienen más de 6 años de experiencia lo que impacta positivamente en los resultados en salud. Sin embargo, esto representa un reto en términos de gestión del cambio para la implementación de nuevas prácticas en la atención del parto.

7.2.3 Resultados por pregunta sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto

A continuación, se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto.

- Situación A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.

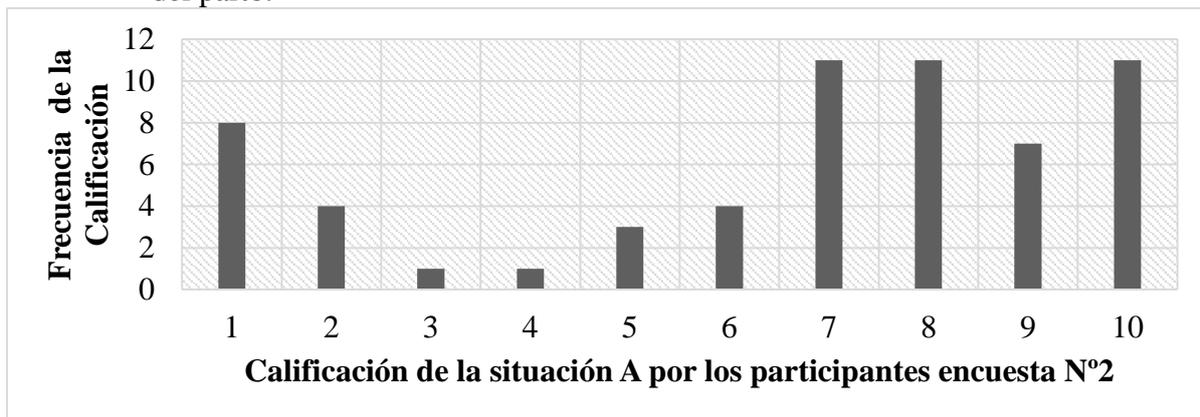


Gráfico 31 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación A sobre la humanización de la atención.

- Situación B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto.

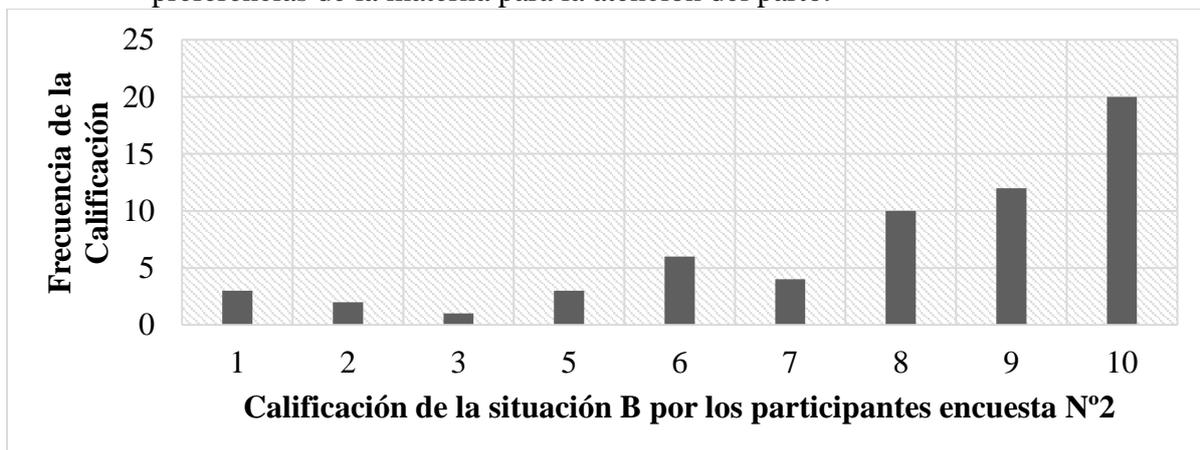


Gráfico 32 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación B sobre la humanización de la atención.

- Situación C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros.

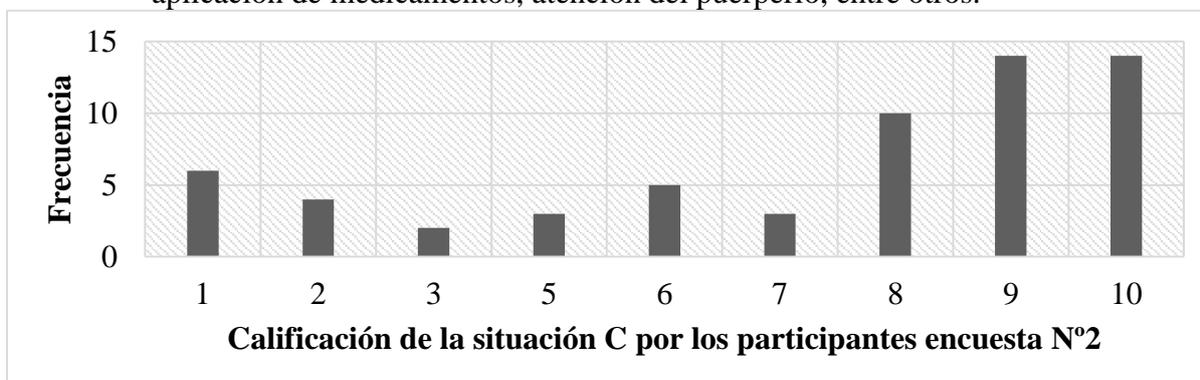


Gráfico 33 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación C sobre la humanización de la atención.

- Situación D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.

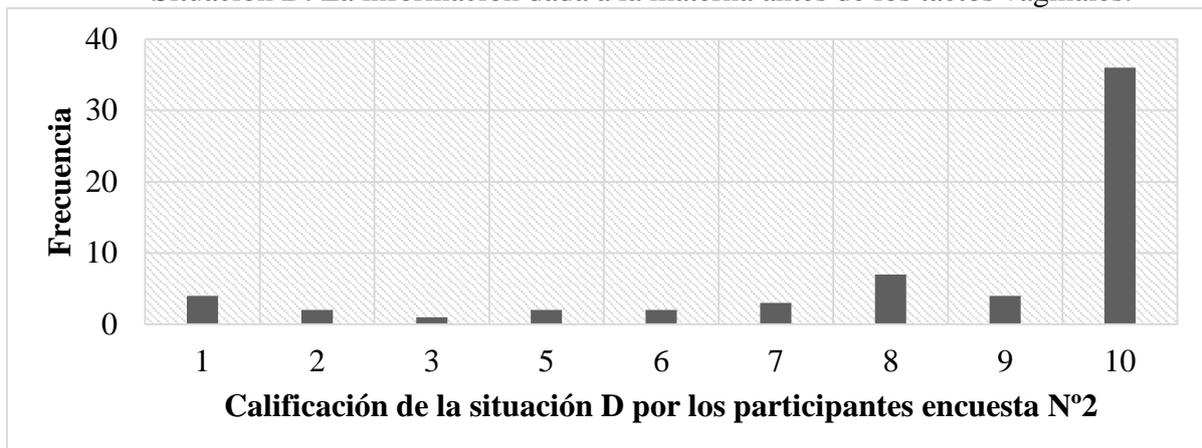


Gráfico 34 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación D sobre la humanización de la atención.

- Situación E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

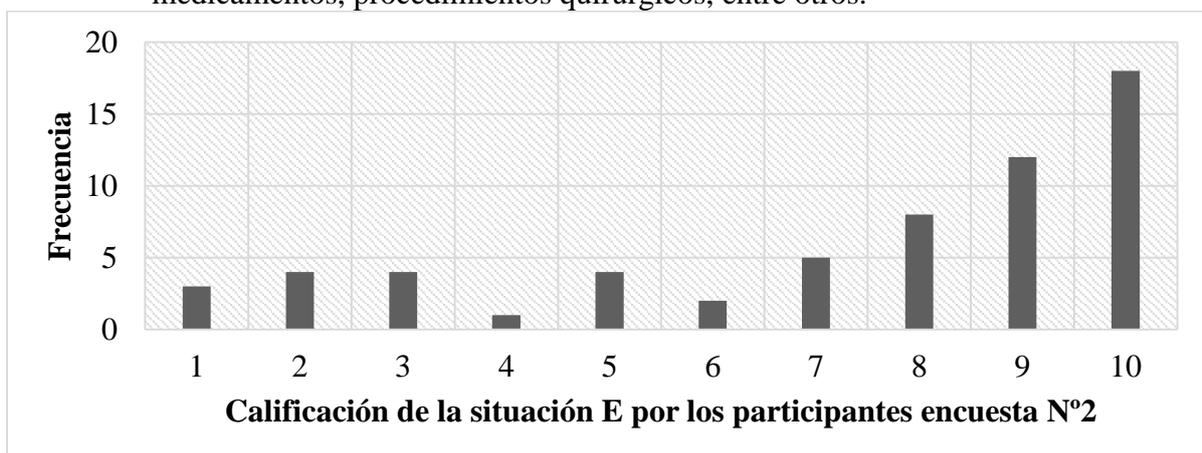


Gráfico 35 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación E sobre la humanización de la atención.

- Situación F. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.

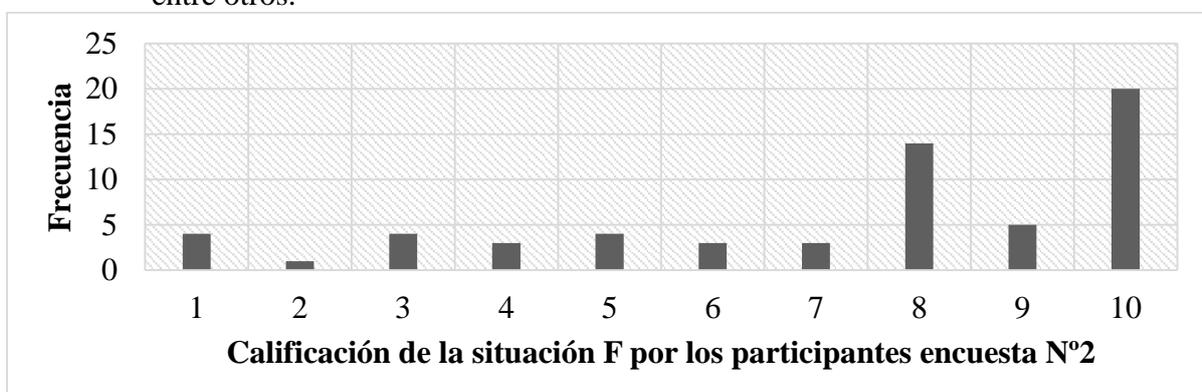


Gráfico 36 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación F sobre la humanización de la atención.

- Situación G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.

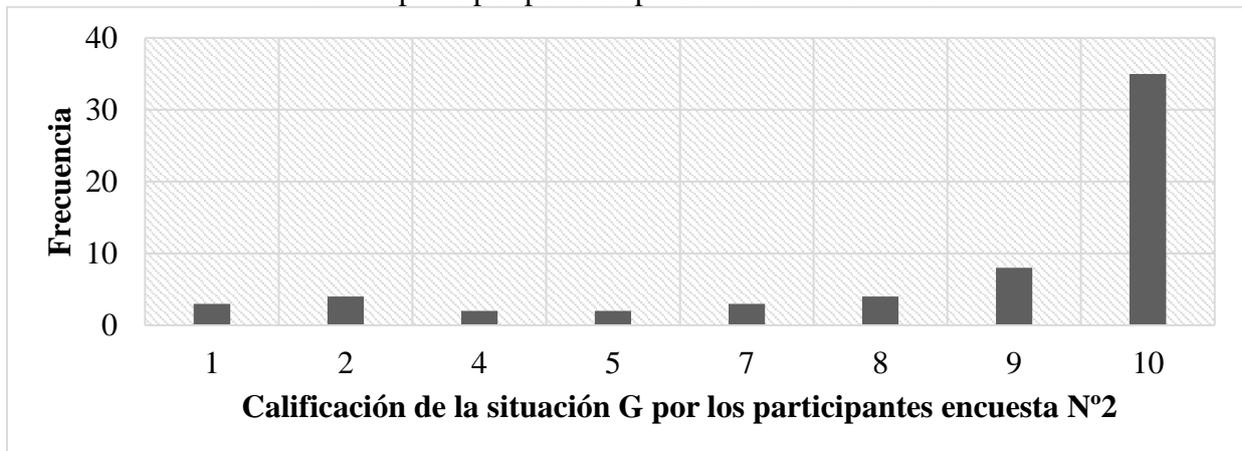


Gráfico 37 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación G sobre la humanización de la atención.

- Situación H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.

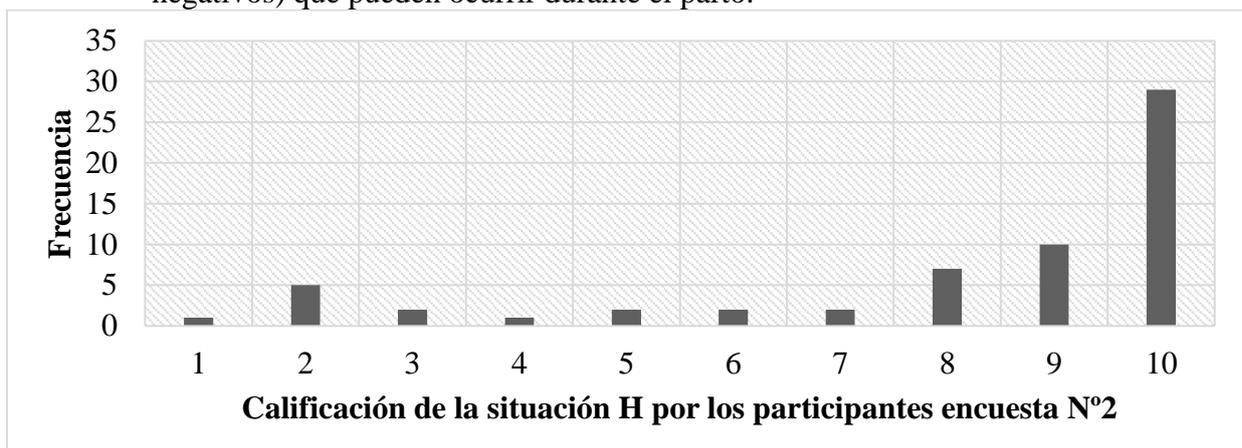


Gráfico 38 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación H sobre la humanización de la atención.

- Situación I. La relación, trato o comunicación con su pareja.

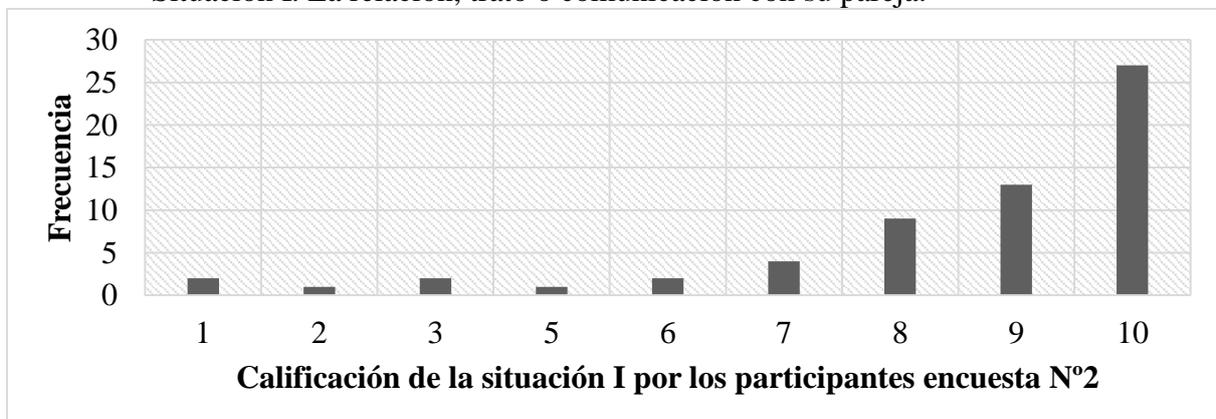


Gráfico 39 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación I sobre la humanización de la atención.

- Situación J. La relación, trato o comunicación con su familia.

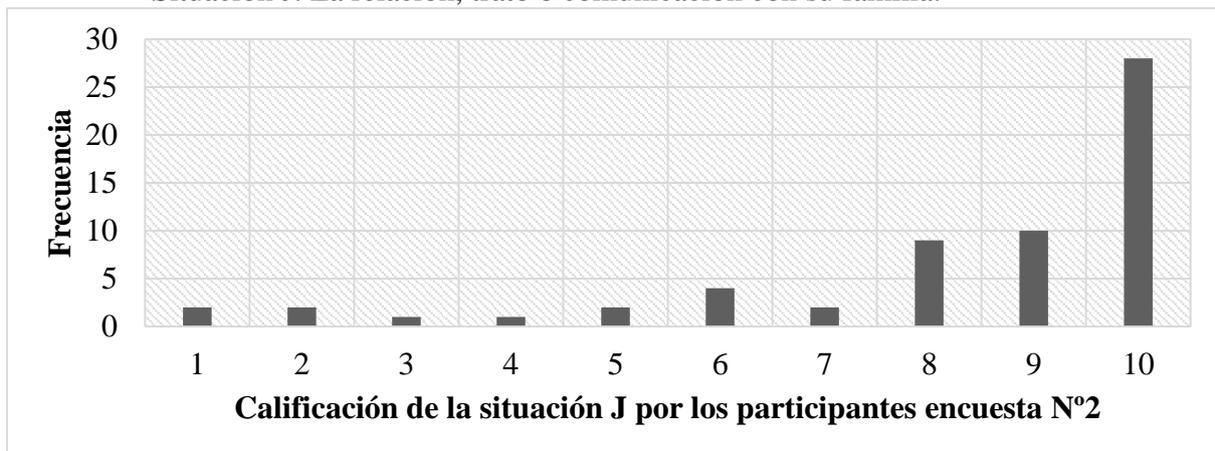


Gráfico 40 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación J sobre la humanización de la atención.

- Situación K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)

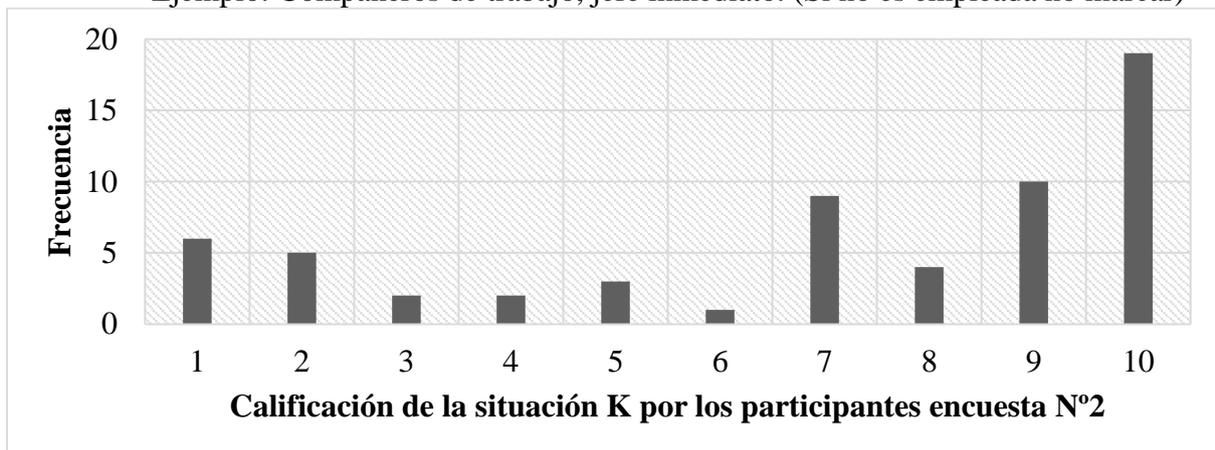


Gráfico 41 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación K sobre la humanización de la atención.

- Situación L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.

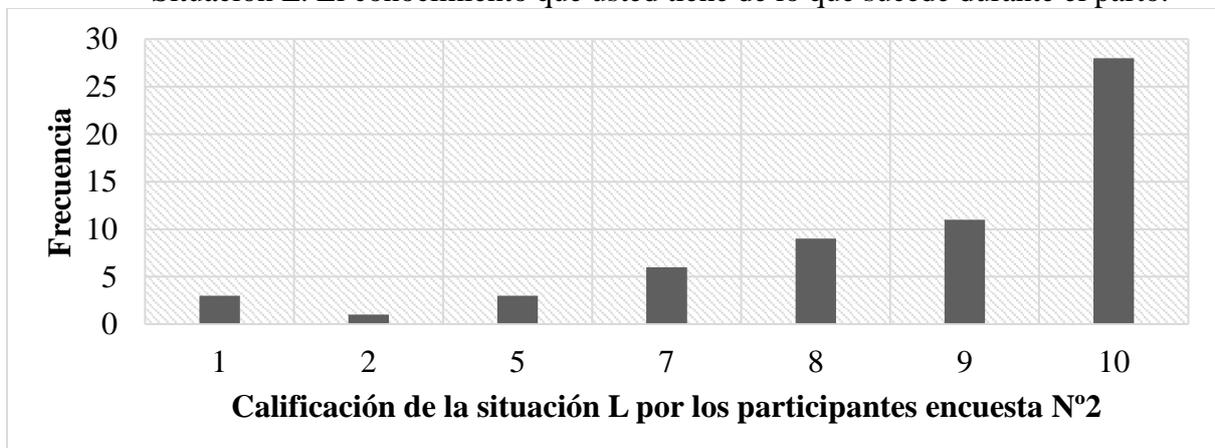


Gráfico 42 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación L sobre la humanización de la atención.

- Situación M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.

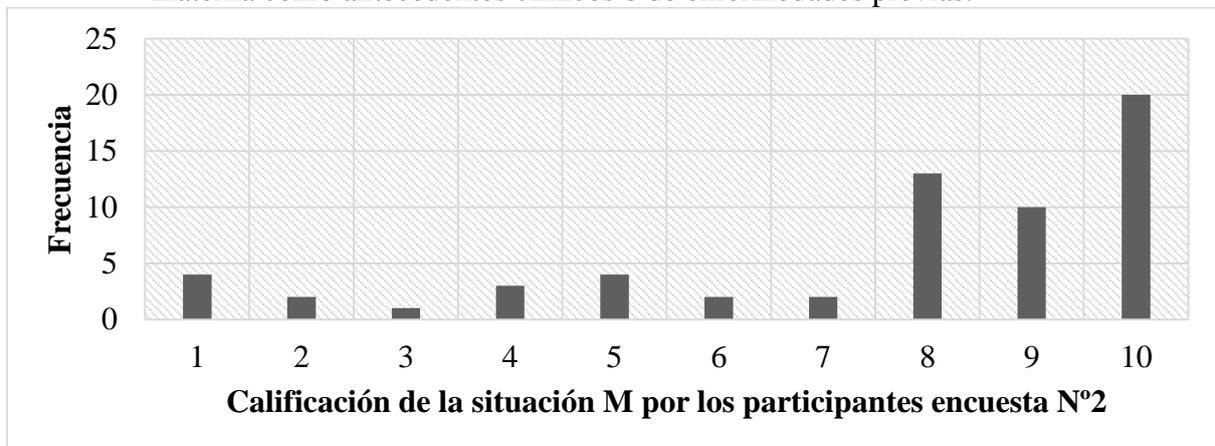


Gráfico 43 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.

- Situación N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.

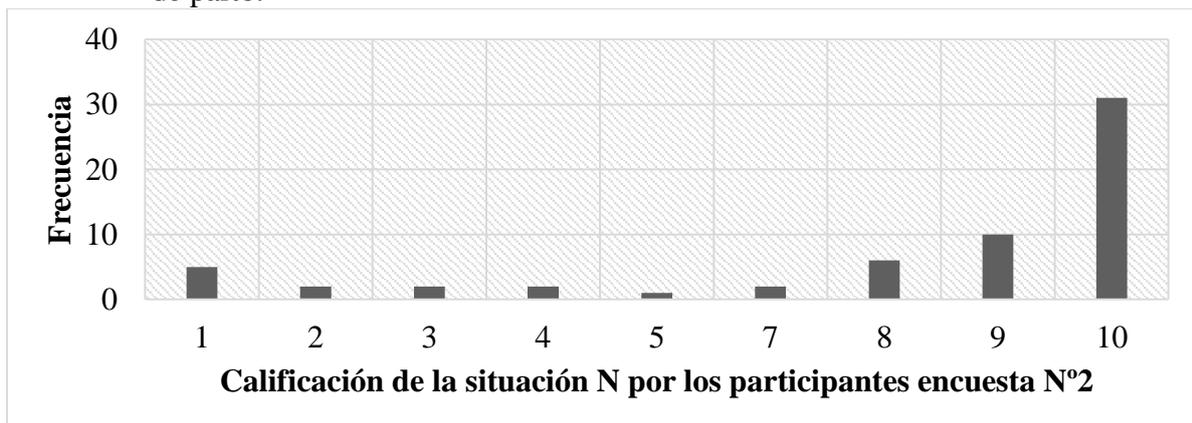


Gráfico 44 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación N sobre la humanización de la atención.

- Situación O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.

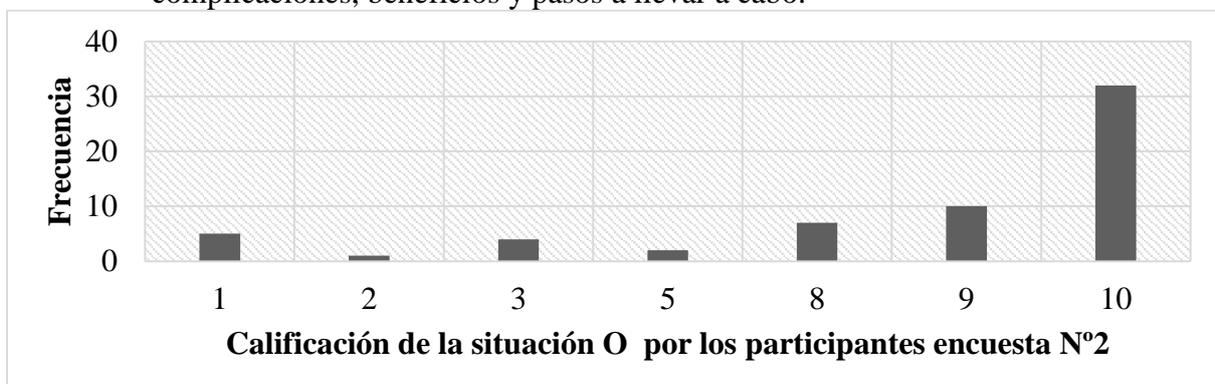


Gráfico 45 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación O sobre la humanización de la atención.

- Situación P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.

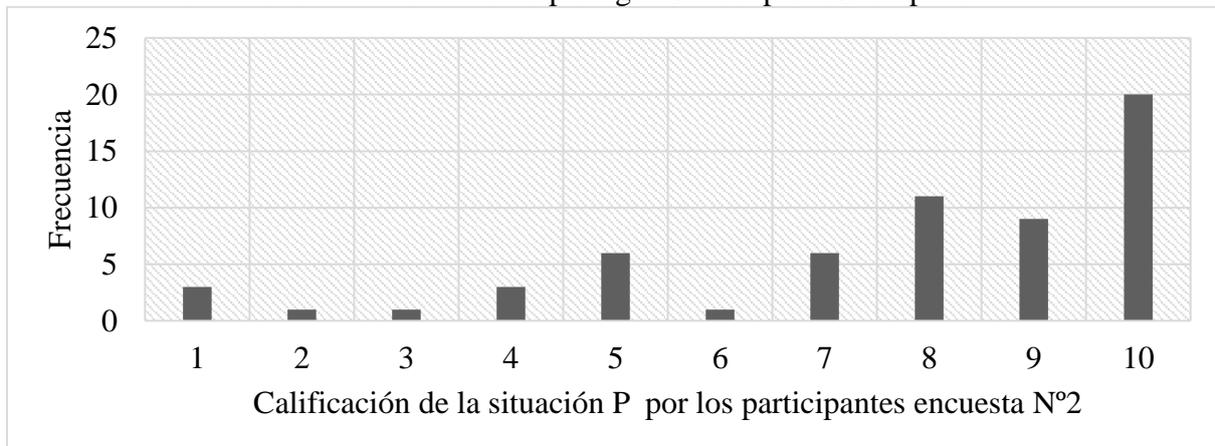


Gráfico 46 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación P sobre la humanización de la atención.

- Situación Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.

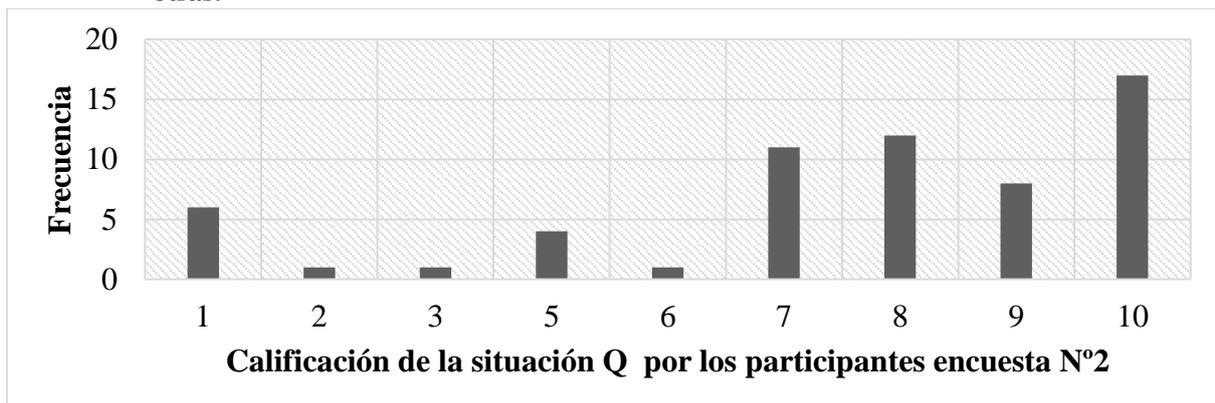


Gráfico 47 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación Q sobre la humanización de la atención.

- Situación R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

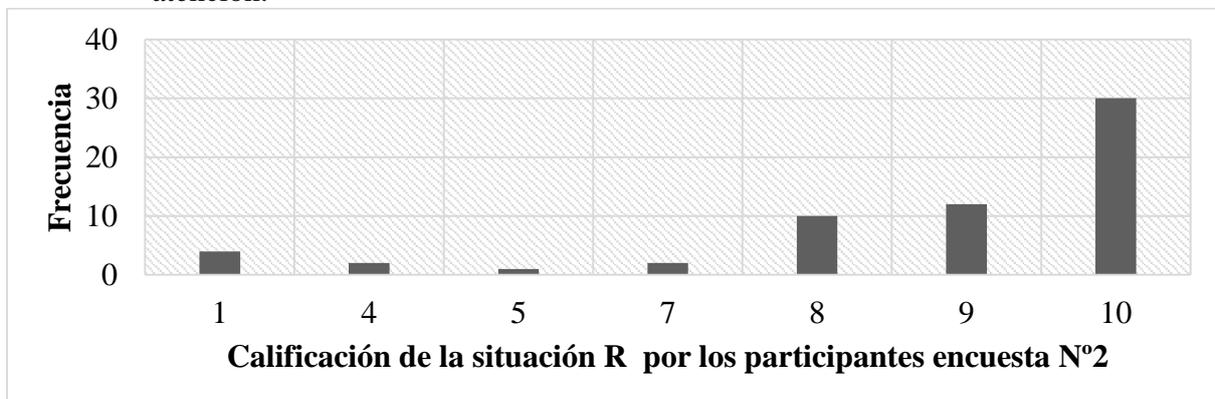


Gráfico 48 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación R sobre la humanización de la atención.

7.2.4 Resultados por pregunta sección 4 experiencia en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta:

- ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

Tabla 13. *Percepción de los participantes encuesta N°2 en relación a la pregunta si la experiencia en la atención condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.*

	Auxiliar de Enfermería		Enfermero/a		Ginecólogo-Perinatólogo		Médico General		Otro		Total	Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Totalmente de acuerdo	11	33,25%	4	33,18%	4	48,75%		0,00%	2	15,36%	21	31,21%
De acuerdo	11	45,09%	6	51,49%	2	31,67%	2	100,00%	7	46,37%	28	46,14%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	5	21,66%		0,00%		0,00%		0,00%	3	38,27%	8	16,70%
En desacuerdo		0,00%	1	10,07%	2	19,58%		0,00%		0,00%	3	4,75%
Totalmente en desacuerdo		0,00%	1	5,26%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,20%
Total general	27	100,00%	12	100,00%	8	100,00%	2	100,00%	12	100,00%	61	100,00%

- ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

Tabla 14. *Percepción de los participantes encuesta N°2 en relación a la pregunta si la experiencia en la atención será un momento que recuerde con claridad.*

	Auxiliar de Enfermería		Enfermero/a		Ginecólogo-Perinatólogo		Médico General		Otro		Total	Total
	N°	%	N°	%	N°	N°	%	%	N°	%	N°	%
Totalmente de acuerdo	17	55,74%	7	66,36%	4	48,75%	1	19,44%	5	29,05%	34	51,62%
De acuerdo	9	37,63%	4	28,38%	4	51,25%	1	80,56%	6	66,20%	24	43,37%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	1	6,63%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,92%
En desacuerdo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	4,75%	1	0,89%
Totalmente en desacuerdo		0,00%	1	5,26%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,20%
Total general	27	100,00%	12	100,00%	8	100,00%	2	100,00%	12	100,00%	61	100,00%

7.2.5 Análisis Sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto y Sección 4 experiencia en la atención

Tabla 15. Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°2.

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
Institucional	Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 5,7) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 7,4). La categoría institucional en el perfil de auxiliares de enfermería obtuvo la menor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes.	Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 7,2) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 8,4).	Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 7,3) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 7,8).	Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 8,5) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 9,5). La categoría institucional en el perfil de médico general obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes.	Los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto no afectan la humanización de la atención tanto (resultado promedio 6,6) como la homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 7,8).
Física	La información dada antes de los tactos vaginales (resultado promedio 7,5) afectan	Las acciones e intervenciones realizadas sobre la materna (resultado	La información dada antes de los tactos vaginales (resultado promedio 9,4) Afectan	Las acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la mujer (resultado promedio 8,5)	La información dada antes de los tactos vaginales (resultado promedio 8,9) afectan

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
	más la humanización que todas las acciones o intervenciones realizadas en el cuerpo de la materna (resultado promedio 6,5).	promedio 8,8) afectan más la humanización que el desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto (resultado promedio 7,8).	más la humanización que todas las prácticas realizadas en la inducción del parto (resultado promedio 4,4). La categoría física en el perfil de ginecólogo obtuvo la menor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 6,7).	afectan más la humanización que las prácticas realizadas en la inducción del parto (resultado promedio 7,5).	más la humanización que las acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna (resultado promedio 8,1). La categoría física en el perfil de otros (pediatra y anestesiólogos) obtuvo la mayor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,4)
Psicosocial	La relación o el trato con la pareja (resultado promedio 7,9) afecta más la humanización Que los comentarios sobre el comportamiento de la mujer durante el parto (resultado promedio 7,2). La categoría psicosocial en el perfil de auxiliar de enfermería obtuvo la menor valoración de	Los comentarios sobre el comportamiento de las maternas durante el parto (resultado promedio 8,8) afectan más la humanización que la relación o trato con su familia (resultado promedio 8,0)	La relación o trato con la pareja (resultado promedio 9,8) afecta más la humanización que la relación o trato con compañeros del trabajo (resultado promedio 6,0) La categoría psicosocial en el perfil del ginecólogo obtuvo la mayor valoración de impacto en la	Responsabilizar a la materna de los desenlaces del parto (resultado promedio 10,0) afectan más la humanización que la relación o trato con compañeros del trabajo (resultado promedio 6,0)	La relación o trato con la pareja (resultado promedio 8,3) afectan más la humanización que responsabilizar a las maternas de los desenlaces del parto (resultado promedio 8,1)

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
	impacto en la humanización entre los demás perfiles (resultado promedio 7,6)		humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,7)		
Simbólica	<p>El conocimiento que la materna tiene de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 7,6) afecta más la humanización que realiza de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 6,8)</p> <p>La categoría simbólica en el perfil de auxiliar de enfermería obtuvo la menor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles (resultado promedio 7,1)</p>	<p>El conocimiento que la materna tiene de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 8,7) afecta más la humanización que realiza de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 7,9)</p>	<p>El conocimiento que la materna tiene de lo que sucede durante el parto (resultado promedio 10,0) afecta más la humanización que realiza de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 8,5).</p> <p>La categoría simbólica en el perfil del ginecólogo obtuvo la mayor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 9,5)</p>	<p>Los comentarios realizados por el personal de salud durante la atención (resultado promedio 9,5) afectan más la humanización que realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 9,0)</p>	<p>Los comentarios realizados por el personal de salud durante la atención (resultado promedio 9,1) afectan más la humanización que realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 8,2)</p>
Comunicativa	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a	No informar los riesgos, complicaciones,	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo en	No informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
	<p>llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto afectan más (resultado promedio 7,0) que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 6,9).</p> <p>La categoría comunicativa en el perfil de auxiliar de enfermería obtuvo la menor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles (resultado promedio 6,9)</p>	<p>beneficios y pasos a llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto afectan más (resultado promedio 8,6) que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 8,5).</p>	<p>llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto afectan más (resultado promedio 9,6) que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 8,0).</p>	<p>las diferentes actividades durante la atención del parto afectan más (resultado promedio 9,5) que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 8,5).</p> <p>La categoría comunicativa en el perfil de médico general obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 9,0).</p>	<p>llevar a cabo en las diferentes actividades durante la atención del parto afectan más (resultado promedio 9,0) que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 8,3).</p>
Resistencia	<p>Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 8,1) afecta más la humanización que la libertad de realizar posiciones específicas o</p>	<p>La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 8,9) afecta más la humanización que la percepción que</p>	<p>Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 9,8) afecta más la humanización que la libertad de realizar posiciones específicas o</p>	<p>Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 9,5) afecta más la humanización que la libertad de realizar posiciones específicas o</p>	<p>La percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna durante el parto (resultado promedio 8,3) afecta más la humanización que la</p>

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
	<p>maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 6,7).</p> <p>La categoría resistencia en el perfil de auxiliar de enfermería obtuvo la menor valoración de impacto en la humanización entre los demás perfiles (resultado promedio 7,2)</p>	<p>tiene personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna durante el parto (resultado promedio 8,5)</p> <p>La categoría resistencia en el perfil de enfermero profesional obtuvo la mayor calificación de impacto a la humanización entre los demás perfiles participantes (resultado promedio 8,8).</p>	maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 7,6).	maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 8,5).	libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 8,0).
Historicidad	<p>El 78,3% de los participantes considera estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 93,3% de los participantes considera</p>	<p>El 84,7% de los participantes considera estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p>	<p>El 80,4% de los participantes considera estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 100% de los participantes considera</p>	<p>El 100% de los participantes considera estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 100% de los participantes considera</p>	<p>El 77,4% de los participantes considera estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 94,9% de los participantes considera</p>

Categoría Violencia Obstétrica	Auxiliares de Enfermería	Enfermero Profesional	Ginecólogo	Médico General	Otros
	estar de acuerdo o total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos	El 94,7% de los participantes considera estar de acuerdo o total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos	estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos	estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos	estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos

7.2.6 Análisis de fiabilidad y estadístico

Tabla 16. Análisis de fiabilidad encuesta N°2 preguntas sección 3.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,939	0,941	18

Al procesar la escala utilizada en las preguntas de la sección N°3 de la encuesta N°3 relacionadas con el impacto de las categorías de violencia obstétrica en la humanización el resultado del alfa de cronbach da cercano a 1 (0,939) lo que indica consistencia interna entre los 18 ítems evaluados.

Tabla 17. Análisis estadístico encuesta N°2 preguntas sección 3.

Pregunta	Media	Desviación estándar
A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.	6,56	3,01
B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto	7,77	2,55
C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros	7,06	3,09
D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.	8,25	2,76
E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.	7,27	2,91
F. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.	7,31	2,83
G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.	8,22	2,83
H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.ç	8,03	2,72
I. La relación, trato o comunicación con su pareja.	8,38	2,23
J. La relación, trato o comunicación con su familia.	8,2	2,45
K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)	7	3,17
L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.	8,34	2,35
M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.	7,55	2,77
N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.	8,02	2,96
O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.	8,03	3,00
P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.	7,64	2,57
Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.	7,41	2,74

R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.	8,42	2,46
--	------	------

Tabla 18. Estadísticas resumen encuesta N°2 preguntas sección 3.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	7,75	6,56	8,42	1,86	1,28	0,30	18
Varianzas de elemento	7,60	5,25	10,03	4,78	1,91	1,88	18

7.3 RESULTADOS CUESTIONARIO N° 3 COORDINADORES, DIRECTIVOS O GERENTE

Se aplicaron los cuestionarios a la población objeto obteniendo el siguiente alcance:

Tabla 19. Cantidad participantes encuesta N°3.

Cantidad Aplicada	Consentimientos Aceptados	Consentimientos Rechazados
4	4	0

7.3.1 Resultados por pregunta sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta:

- Pregunta 1. ¿Qué perfil tiene usted en la institución?

Se contó con la participación de los coordinadores de enfermería, pediatría y anestesiología, así como el director general del servicio de ginecología y obstetría.

- Pregunta 2. ¿Su institución es?, el HUSI es una institución prestadora de servicios de salud -IPS- privada.
- Pregunta 3. ¿Su experiencia en Instituciones prestadoras de servicios de salud materno-perinatal es?

Tabla 20. Experiencia en servicios de salud materna de acuerdo al perfil participantes encuesta N°3.

Años de experiencia	Coordinador de Servicio/Unidad		Director Médico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2-5	1	14,29%		0,00%	1	10,00%
6-15	2	85,71%		0,00%	2	60,00%
>16		0,00%	1	100,00%	1	30,00%
Total general	3	100,00%	1	100,00%	4	100,00%

- Pregunta 4 ¿Cuál es la relación de Auxiliares de Enfermería vs camas de atención al parto en su institución? y pregunta 5 ¿Cuál es la relación de Auxiliares de Enfermería vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?

De los participantes de la encuesta N°3, dos de ellos coinciden en que la relación de auxiliares vs cama en el HUSI y optimas para la gestión del riesdo es de 1 por dos (2) camas. Un participante sugiere que la relación optima sería una por cada cama, mientras que otro sugiere una relación de una por cada cinco (5) camas.

- Pregunta 6 ¿Cuál es la relación de Enfermeros profesionales vs camas de atención al parto en su institución? y Pregunta 7 ¿Cuál es la relación de Enfermeros profesionales vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?

De los participantes de la encuesta N°3, dos de ellos coinciden en que la relación de enfermeros profesionales vs cama definida en el HUSI (una cama por cada cinco [5] enfermeras profesionales). Todos los participantes sugieren una relación optima diferente, que varia desde una por cada dos (2) camas hasta una por cada diez (10) camas.

- Pregunta 8 ¿Cuál es la relación de Ginecólogos vs camas de atención al parto en su institución? y Pregunta 9 ¿Cuál es la relación de Ginecólogos vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?

De los participantes de la encuesta N°3, tres de ellos coinciden en que la relación de ginecólogos vs cama definida en el HUSI (una cama por cada cinco [5] ginecólogos). Dos participantes coinciden en la relación optima para la gestión del riesgo (una cama por cada cinco [5] ginecólogos). Y un participante no conoce un estandar optimo de relación cama vs ginecologo para la gestión del riesgo.

- Pregunta 10 ¿Cuál es la relación de Médicos Generales vs camas de atención al parto en su institución? y Pregunta 11 ¿Cuál es la relación de médicos generales vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?

Todos los participantes consideraron que la atención en el servicio de ginecología y obstetricia no debe tener médicos generales, ya que esta se debe realizar de forma exclusiva por ginecólogos y perinatologos.

- ¿La cantidad de personal con el que cuenta su institución que pertenece al área o proceso de atención al usuario es? (incluye todos los perfiles):

El 50% (2) de los participantes consideran que la institución tiene más de 9 personas en el área de atención del usuario y el restante (2) menos de 2.

- ¿Cuál es el promedio mensual de partos atendidos durante el ultimo semestre en su institución?:

Todos lo participantes reportan que el promedio mensual de partos de la institución está entre 51 y 150.

- ¿Los usuarios que usted atiende en mayor proporción son del régimen?

Todos los participantes reportan que la mayor proporción de usuarios que atiende el HUSI son del régimen contributivo.

7.3.2 Análisis sección 2 caracterización del rol en la atención del parto

Para el presente estudio se aplicó la encuesta en 4 participantes que se auto caracterizaron como coordinadores (3) o directivos (1) dentro del servicio de ginecología y obstetricia. La información recolectada permite caracterizar el servicio del HUSI en relación con los siguientes aspectos:

Entre los participantes de la encuesta N°3 se encuentran diferenciados en la experiencia y sus percepciones relacionadas con la relación actual de personal vs camas, a su vez que la relación óptima de estos, lo que indica el contraste de percepciones.

En cuanto a la relación de auxiliar de enfermería y de enfermeros profesionales vs camas, dos participantes coinciden en que de acuerdo con su percepción el estado actual es el óptimo para la gestión del riesgo en el HUSI. En la relación de ginecólogos vs camas es donde mayor diferencia se presenta en cuando a lo óptimo para la gestión del riesgo, un participante respondió desconocer cual sería el óptimo.

7.3.3 Resultado por pregunta sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto

A continuación, se muestran los resultados de forma gráfica para cada pregunta teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto.

- Situación A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.

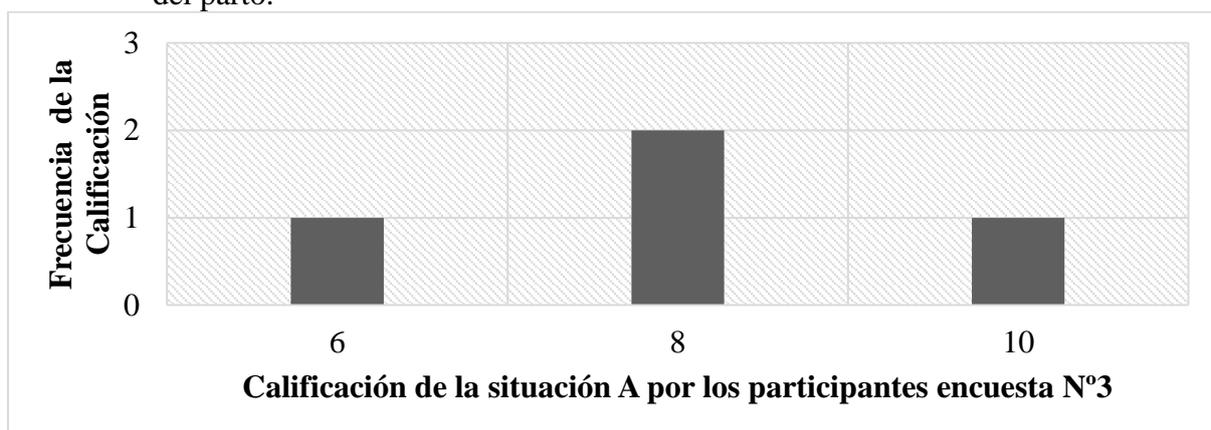


Gráfico 49 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación A sobre la humanización de la atención.

- Situación B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto.



Gráfico 50 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación B sobre la humanización de la atención.

- Situación C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros.

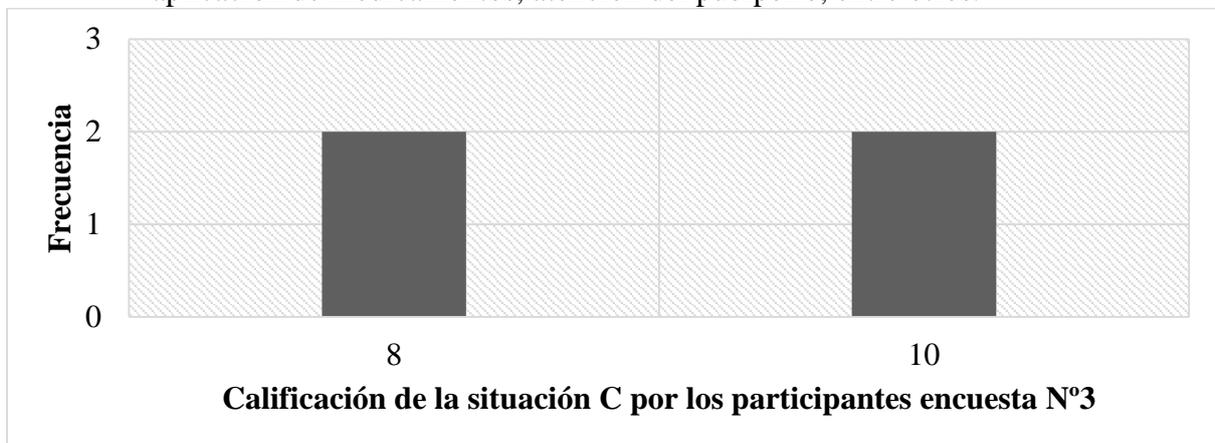


Gráfico 51 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación C sobre la humanización de la atención.

- Situación D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.

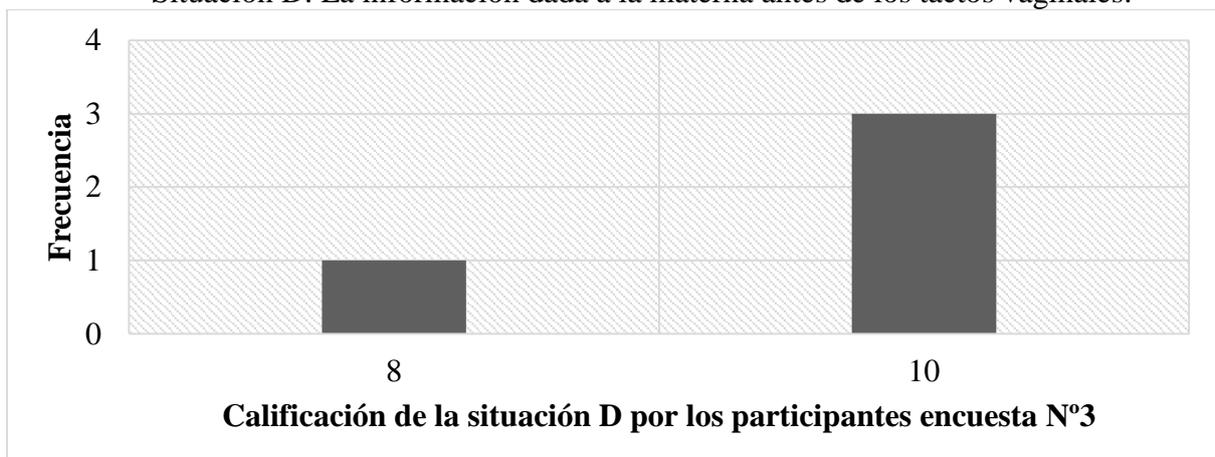


Gráfico 52 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación D sobre la humanización de la atención.

- Situación E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

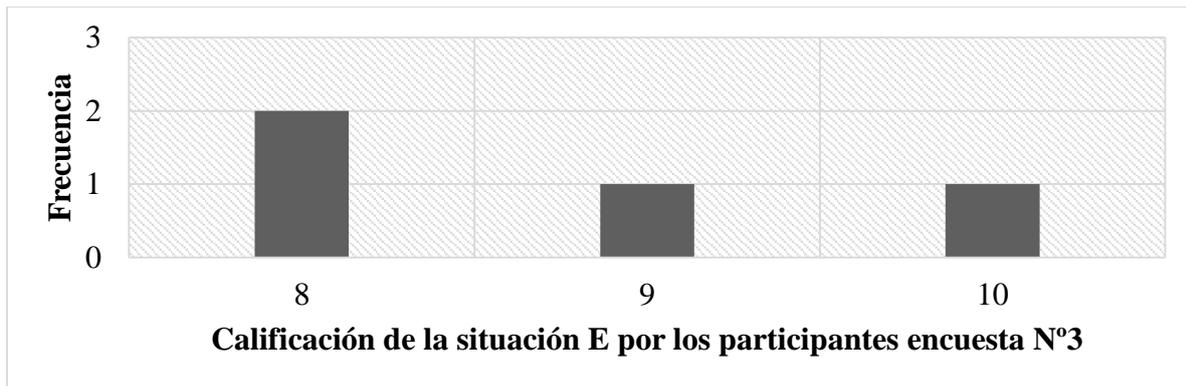


Gráfico 53 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación E sobre la humanización de la atención.

- F Situación. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.

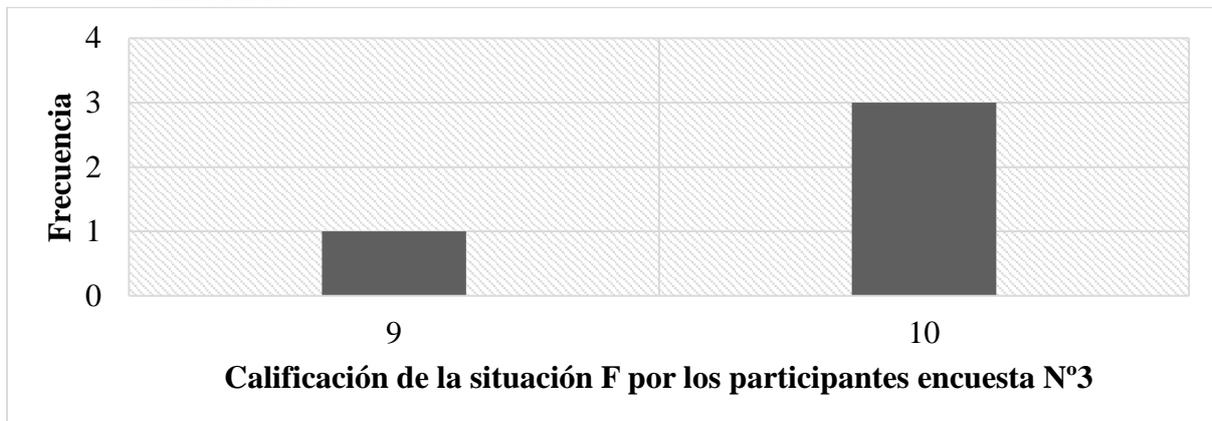


Gráfico 54 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación F sobre la humanización de la atención.

- Situación G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.

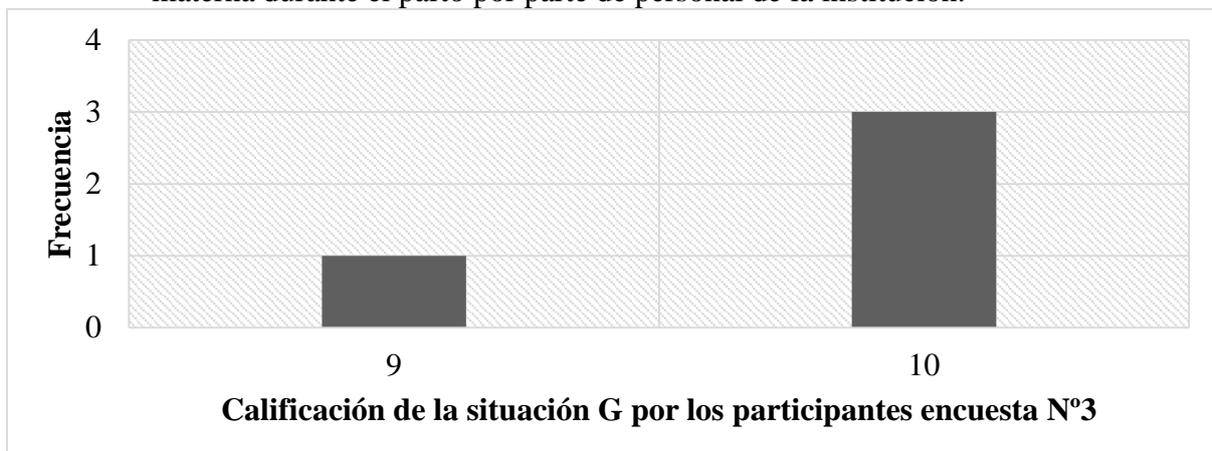


Gráfico 55 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación G sobre la humanización de la atención.

- Situación H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.

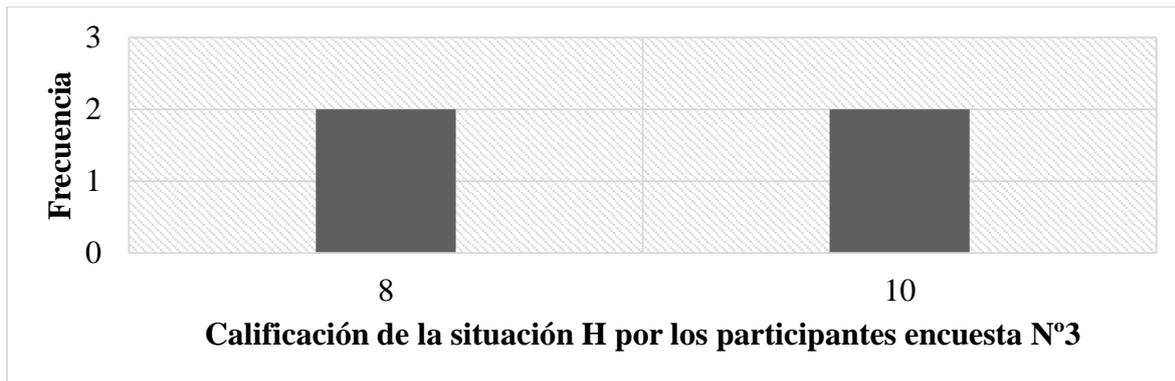


Gráfico 56 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación H sobre la humanización de la atención.

- Situación I. La relación, trato o comunicación con su pareja.

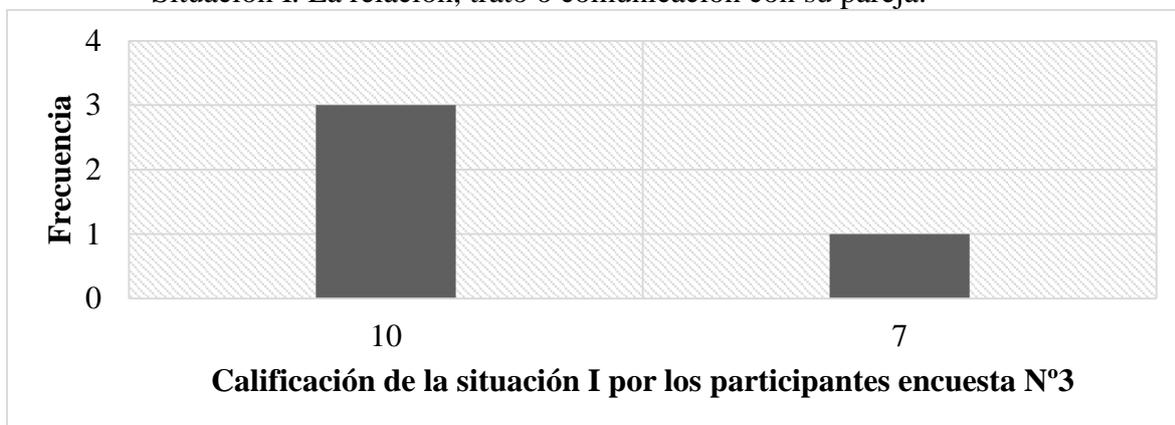


Gráfico 57 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación I sobre la humanización de la atención.

- Situación J. La relación, trato o comunicación con su familia.

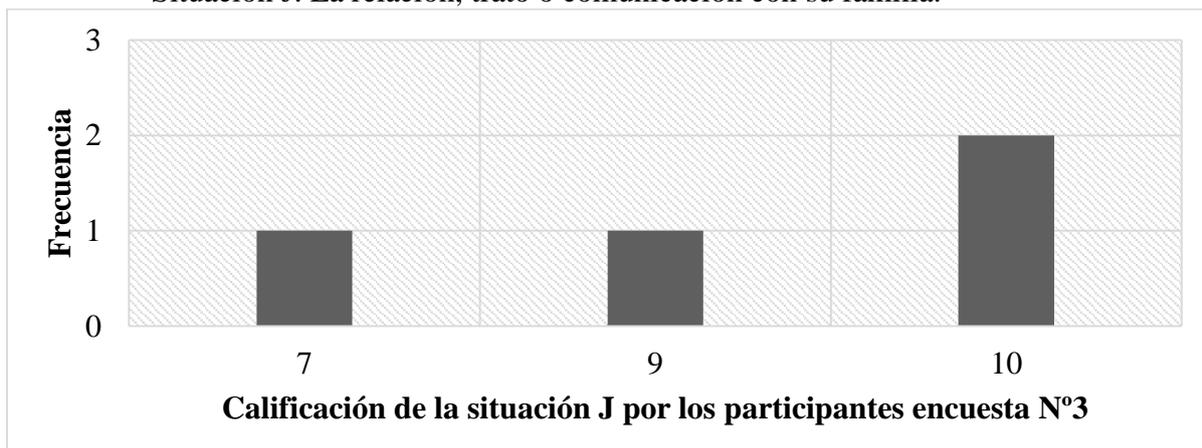


Gráfico 58 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación J sobre la humanización de la atención.

- Situación K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)

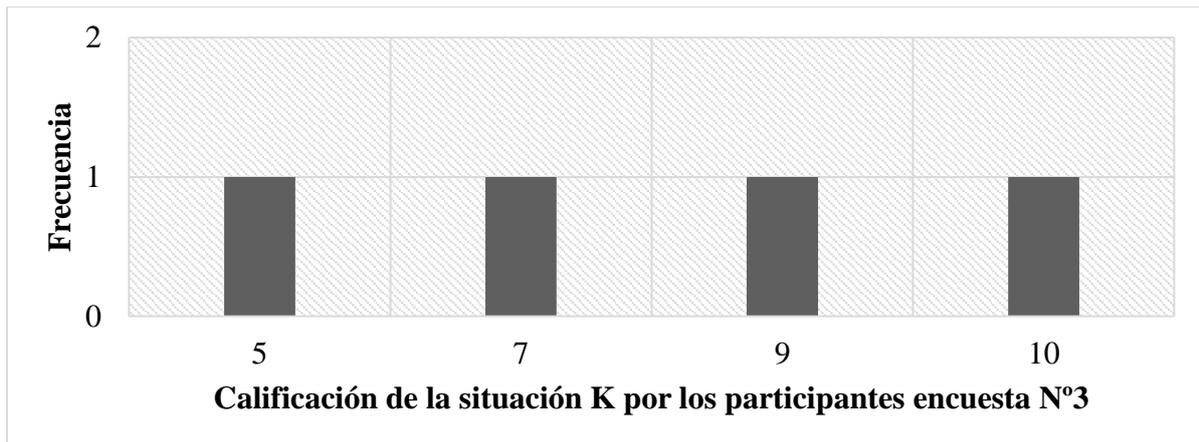


Gráfico 59 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación K sobre la humanización de la atención.

- Situación L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.

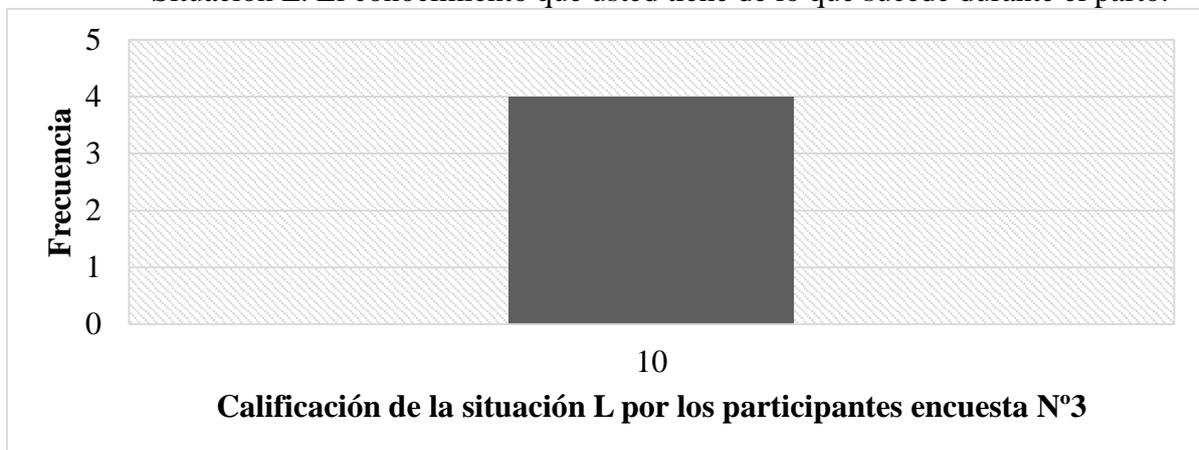


Gráfico 60 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación L sobre la humanización de la atención.

- Situación M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.

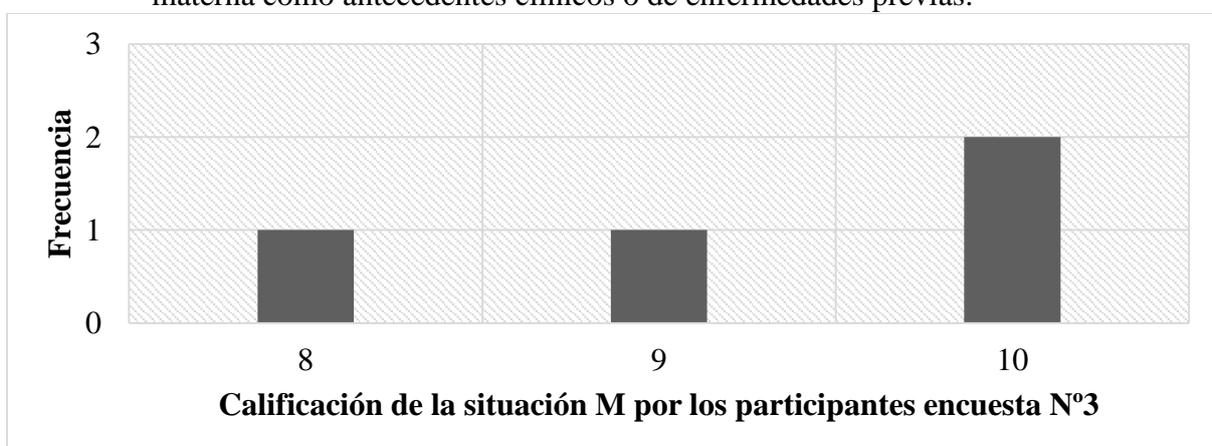


Gráfico 61 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.

- Situación N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.

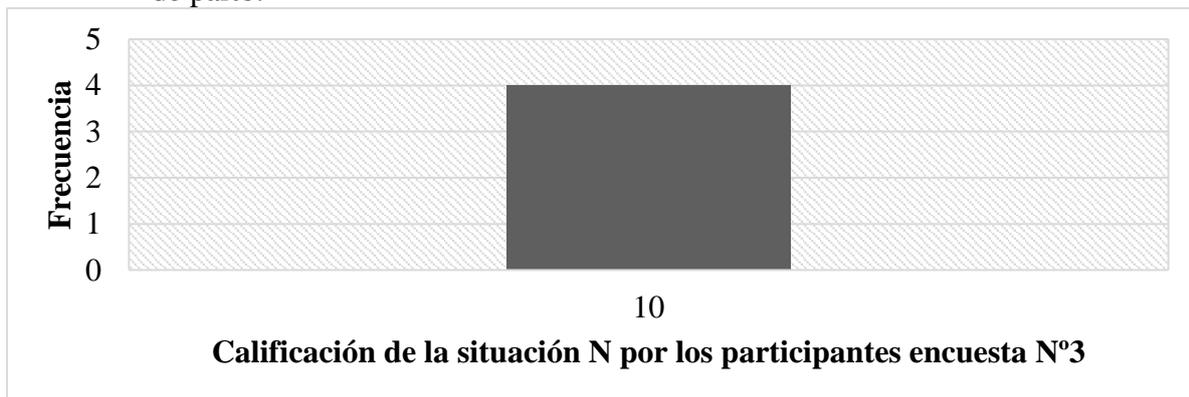


Gráfico 62 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.

- Situación O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.

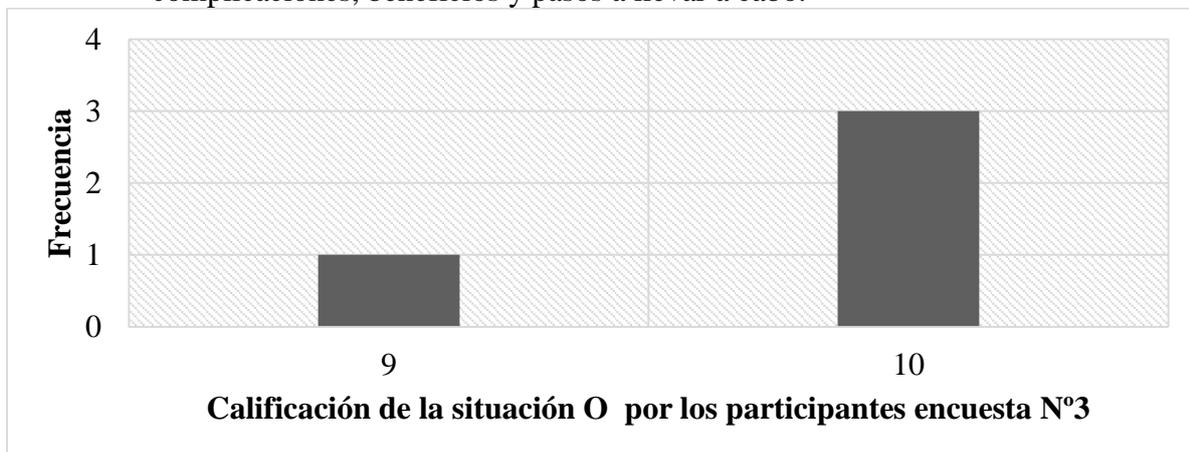


Gráfico 63 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación O sobre la humanización de la atención.

- Situación P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.

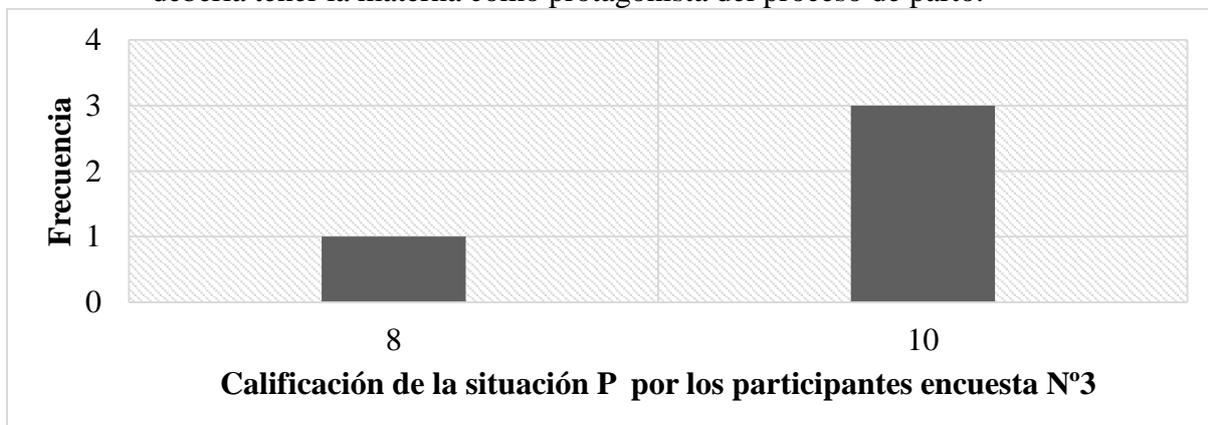


Gráfico 64 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación P sobre la humanización de la atención.

- Situación Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.

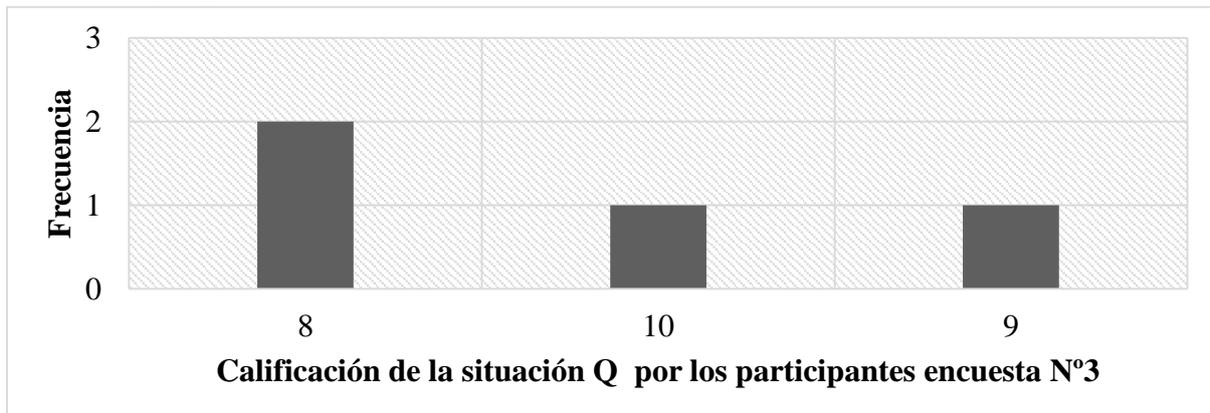


Gráfico 65 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación Q sobre la humanización de la atención.

- Situación R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

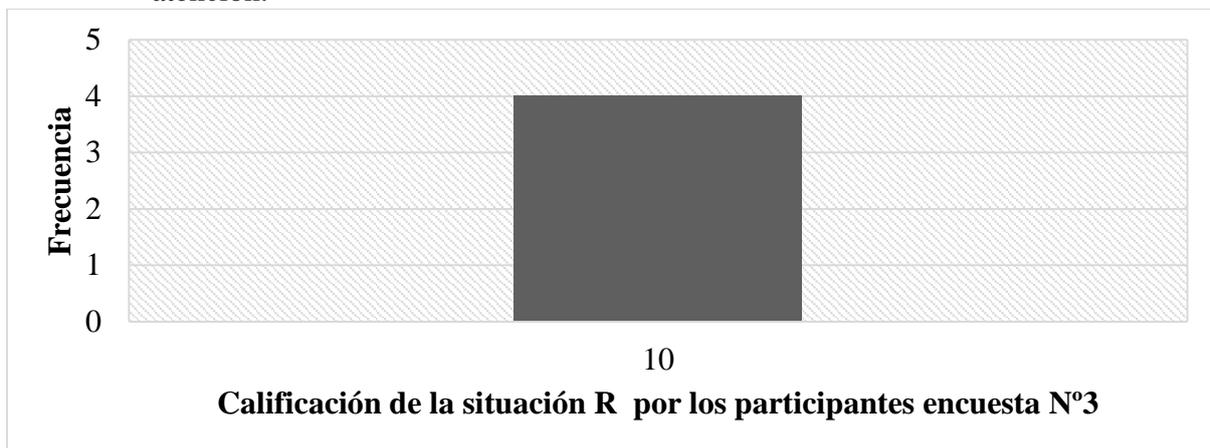


Gráfico 66 Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación R sobre la humanización de la atención.

7.3.4 Resultados por pregunta sección 4 experiencia en la atención del parto

De acuerdo con el tipo de variable a continuación se muestran los resultados de para cada pregunta de la encuesta N°3:

- ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

-

Todos los participantes están de acuerdo con la afirmación.

- ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

Todos los participantes están de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación.

7.3.5 Análisis sección 3 evaluación de las categorías relacionadas con la humanización del parto y sección 4 experiencia en la atención del parto

Tabla 21. Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°3.

Categoría Violencia Obstétrica	Coordinadores y directores
Institucional	La homogenización de la atención al ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades (resultado promedio 8,5) afecta más la humanización que los trámites o papeleo requeridos durante la atención del parto (resultado promedio 8,0).
Física	Las acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna (resultado promedio 9,75) afecta más la humanización que las practicas realizadas en la inducción del parto (resultado promedio 8,75)
Psicosocial	<p>Las relaciones con la pareja (resultado promedio 9,25) afectan más la humanización que la relación con compañeros o jefe en el trabajo (resultado promedio 7,75).</p> <p>Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución afectan más la humanización (resultado promedio 9,75) que responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto. (resultado promedio 9).</p>
Simbólica	El conocimiento que tiene la materna de lo que sucede frente al parto (resultado promedio 10) impacta más la humanización que realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto (resultado promedio 9,25).
Comunicativa	Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso del parto (resultado promedio 10) afectan más la humanización que la percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto (resultado promedio 9,5).
Resistencia	Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención (resultado promedio 10) afecta más la humanización que La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna (resultado promedio 8,75)
Historicidad	<p>El 100% de los participantes considera estar de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</p> <p>El 100% de los participantes considera estar de acuerdo y total mente de acuerdo con que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos</p>

7.4 CONSOLIDADO PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LAS CATEGORÍAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN TODOS LOS ROLES

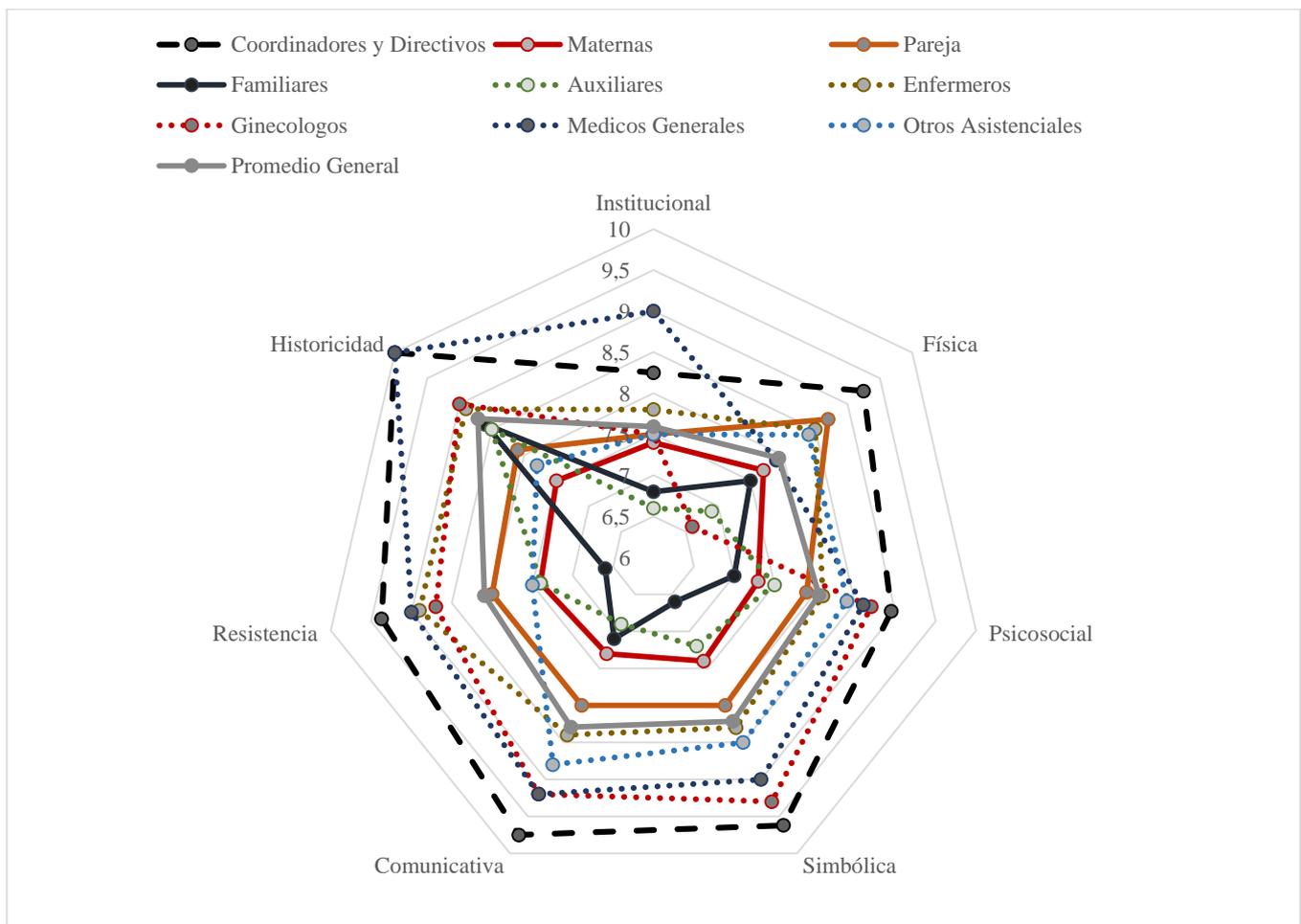


Gráfico 67 Consolidado promedio puntuaciones por perfil del impacto de las diferentes

En la presente investigación se evaluaron siete (7) categorías de violencia obstétrica en nueve (9) roles diferentes dentro de la atención del parto a través de 20 preguntas que buscaban evaluar la percepción de cada uno de estos roles en relación con el impacto que estas categorías tienen sobre la humanización de la atención. Al analizar la gráfica 67 es posible identificar las categorías que en común de los roles tienen el mayor impacto en la humanización como lo es la historicidad y la comunicativa, también las categorías que menor impacto tienen sobre la humanización como la institucional. Sin embargo, se debe resaltar que todas las categorías tienen una calificación mayor a 6,5 lo que indica que todas las prácticas de violencia obstétrica agrupadas en las diferentes categorías impactan directamente la humanización de la atención del parto y son prácticas que perciben todos los perfiles.

El grupo de roles de la encuesta N°1 (maternas, pareja y familiar o acompañante) tienen la menor calificación de impacto, lo que indica que estas roles tienen una percepción menor del impacto que tienen las diferentes categorías en la humanización de la atención. Se debe resaltar que los coordinadores y directivos perciben con mayor puntuación el impacto de todas las categorías sobre la humanización, lo que evidencia su sensibilidad con el problema y con ello la oportunidad de gestionar los diferentes recursos para la implementación de las recomendaciones generadas de la presente investigación.

Hay categorías que evidencian diferencias claras en la percepción del impacto entre roles, es el caso de las parejas que perciben en la categoría física un mayor impacto que todos los demás roles. O el caso de las categorías comunicativa y simbólica donde los roles asistenciales perciben un mayor impacto en la humanización que los roles de pacientes (a excepción de los auxiliares de enfermería).

El perfil asistencial de auxiliares de enfermería y familiares o acompañantes presentó la menor percepción del impacto de las categorías de violencia obstétrica en la humanización de la atención del parto a diferencia de los ginecólogos y parejas quienes presentaron la mayor percepción del impacto en la humanización.

8 RECOMENDACIONES PARA IMPACTAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HUSI

De acuerdo al problema, al objetivo planteado en esta investigación y después de haber detallado la percepción de los diferentes participantes en la atención del parto sobre la relación entre las categorías de violencia obstétrica, descritas en la literatura (Institucional, Física, Psicosocial, Simbólica, Comunicativa, Resistencia e Historicidad), y la humanización del parto en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá, se presentan a continuación las recomendaciones que pretendemos impacten positivamente la calidad de la atención y logren ser referente para otras instituciones.

El nacimiento de un niño(a) constituye un evento trascendental en la vida de la madre y el padre, quienes, como núcleo familiar, desean vivir esta etapa con la mayor serenidad y gozo que se pueda generar dentro de la propia experiencia de ser padres, es un momento que a su vez genera inquietud, miedo e incertidumbre. En el marco del evento de nacer, desde la década de los 70's Frederick Leboyer ginecoobstetra francés trabajó fuertemente el proceso del nacimiento, formulando una propuesta de no violencia, fue pionero en este tema afirmando que las condiciones en que nace un ser humano repercuten futuramente en el desarrollo de su vida, es por esto que se requiere como insumo fundamental un equipo interdisciplinar entrenado para facilitar dicha experiencia, cuya labor está enmarcada en la vocación de servicio, la continua capacitación y sensibilización en cuanto a humanización se refiere.

Todas las recomendaciones están sujetas a la valoración de las directivas del servicio de Ginecología y Obstetricia, evaluando el riesgo y la seguridad del grupo familiar, las recomendaciones estarán agrupadas de acuerdo a las poblaciones que se intervinieron en las encuestas, con el objetivo de priorizar e intervenir las categorías de violencia obstétrica que fueron más representativas en los resultados y que son el punto de partida para revisión, adaptación y ejecución a corto, mediano y largo plazo por parte del grupo interdisciplinar del HUSI, en cabeza del personal coordinador y administrativo de la institución

8.1 RECOMENDACIONES PARA PERSONAL ASISTENCIAL DIRECCIONADAS HACIA LA MATERNA, PAREJA, FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

8.1.1 Visita guiada de reconocimiento del servicio de ginecología y obstetricia

Un proceso de atención basado en un vínculo personalizado entre el personal de la salud y la familia que llega a experimentar el nacimiento de su hijo(a) permite un alto grado de confianza que favorece la comunicación y relación durante la estancia hospitalaria de esta familia, por lo

que se recomienda iniciar el reconocimiento del grupo familiar con antelación, mediante una visita a las instalaciones del HUSI como una oportunidad de visualizar el lugar, pero especialmente se busca un primer acercamiento entre las personas, del grupo de profesionales que atenderá el parto o cesárea dada la indicación médica, lo anterior en consonancia con la lista de chequeo GTB R-189 que hace parte de la política de humanización existente en el HUSI aprobada desde 2019, que refuerza el trabajo de un líder del servicio de Ginecología, la cual busca trabajar fuertemente la comunicación y el servicio y que resalta criterios como la escucha atenta, el respeto, el buen trato, la comprensión y calidez del personal de la salud, lo anterior como componentes relevantes en la toma de decisiones seguras y prudentes, en el marco del trabajo en equipo, la colaboración y el servicio permanente. Previa explicación de las normas de bioseguridad para visitar el hospital, el grupo familiar tendrá la oportunidad de empezar a resolver inquietudes relacionadas con la planta física, el acceso al hospital y especialmente el desplazamiento al interior del lugar para resolver con mayor tranquilidad temas administrativos y de documentación. Lo anterior aplica para las maternas que reciban la atención por parte del HUSI, de acuerdo al prestador de servicios que tenga convenio con dicha institución.

8.1.2 Socialización de protocolos institucionales con el grupo familiar

En el marco de la visita institucional que se ejecute en conjunto con el grupo familiar sería válido socializar los protocolos instaurados en el HUSI de acompañamiento en el parto, lactancia materna, riesgos durante el proceso de parto, que se encuentran estructurados para abarcar cualquier situación de salud que se presente durante la atención del parto, de esta manera el grupo familiar tendrá mayor certeza y confiabilidad al momento de presentarse un cambio que modifique el curso de la atención y que requiera la toma de decisiones inmediatas, es importante aclarar que esta socialización debe impartirse en un lenguaje sencillo de comprender, y pretende explicar en detalle la robusta estructura que tiene el hospital para atender cualquier eventualidad que se presente, de esta forma la confiabilidad y conocimiento del manejo protocolario para la familia, permitirá tener un grado de confianza más elevado en el grupo de profesionales a cargo de su atención, lo que contribuirá a que quienes tengan el conocimiento del manejo de la situación puedan hacer su trabajo con toda la tranquilidad y concentración que amerite, teniendo un grupo familiar informado que cree en el grupo de profesionales que lo atienden. Es importante enfatizar que el abordaje de esta socialización debe abarcar la información necesaria para la familia, sin profundizar en tecnicismos y cosas puntuales que competen únicamente al personal asistencial, lo que se busca es mostrar a el grupo familiar que la improvisación no hace parte del ejercicio profesional en la institución y que para el HUSI la familia como núcleo fundamental de la sociedad es insumo fundamental en sus procesos, por ende es importante que conozcan el manejo interno que se da durante la atención del parto.

8.1.3 Creación de un programa educativo en torno a la atención humanizada del parto

Pensar en modificar los patrones de atención que han sido replicados por diversas generaciones en el ambiente hospitalario es un proceso complejo, sin embargo, también representa una ardua labor que con el tiempo puede constituirse en un programa educativo para la familia y el grupo de profesionales que ofrece su conocimiento, experticia y vocación con el objetivo de convertir el parto en el momento más feliz de esa familia que está a cargo del personal de salud y de la institución, no obstante, cada nacimiento podría convertirse para el profesional en una nueva oportunidad de renacer en su ejercicio profesional y su perfil vocacional, el visualizar y

acompañar el nacimiento de alguien, es un momento de profunda inspiración para quienes asisten un parto o una cesárea.

Este espacio educativo debe estar enmarcado en desarrollar entre la familia y el grupo de profesionales la programación de un parto que se desenvuelva producto del trabajo en equipo, allí se podrá delimitar claramente las responsabilidades, derechos y deberes de cada uno de los integrantes del grupo familiar y se expondrá claramente el rol de cada uno de los profesionales de la salud que intervienen en la atención del parto, integrar la concepción del parto que trae el grupo familiar con la experiencia y vocación de los profesionales, permitirá establecer diferencias, inquietudes e interrelaciones, lo que finalmente permitirá lograr un equilibrio conceptual reflejado en el contexto del parto cuando este realmente se dé.

Este programa formativo debe tener como pilar fundamental el rol protagónico de la mujer, lo que supone que se generen espacios de reconocimiento y valoración del cuerpo, pero también que la gestante tenga claridad que ese protagonismo implica, asumir responsabilidades respecto a su cuidado personal, estilo de vida, prácticas habituales, cultura, comunicación con su cónyuge, que se reconozca en la pareja que la maternidad es un sinónimo de conjunción donde el padre tiene igual participación para el crecimiento, desarrollo y nacimiento de su hijo, y que no se trata solamente de llegar a las instalaciones de un hospital esperando que toda la responsabilidad y dinamismo del trabajo de parto y el parto en sí recaiga sobre el grupo de profesionales.

La estructuración de este programa formativo será un ítem para desarrollar en el largo plazo y requerirá un equipo interdisciplinar exclusivo para cumplir con éxito el acompañamiento familiar desde la llegada de la familia al hospital hasta que se logre una lactancia materna efectiva. Es claro que para abordar estos temas de formación con la familia se ha manejado el curso o taller para la preparación de la maternidad y paternidad, sin embargo, la propuesta va encaminada a desarrollar un abordaje más amplio y de contenido más profundo con la familia, incluso esta es de las recomendaciones que generaría un proceso investigativo con los usuarios del servicio para ahondar en necesidades de familiares respecto al conocimiento y abordaje de la etapa que están viviendo, este programa busca formar la familia para luego recibirla y concluir como equipo el gran acontecimiento del nacimiento.

Es importante resaltar, que en las visitas presenciales que se realizaron en las instalaciones del HUSI, producto de la aplicación de encuestas a los participantes mencionados en esta investigación, y a la luz de la percepción de los investigadores autores de este documento, y sin pretender ampliar el análisis y discurso de este escrito a otro método de investigación como la etnografía, se logró contrastar a través de la observación lo que hacen los profesionales con lo que mencionan en su cotidianidad, se evidenció que las personas que laboran e interactúan en el servicio de Ginecología y Obstetricia de este hospital cuentan con aptitudes y fortalezas que permitirán construir y posteriormente implementar este retador proceso formativo, es un grupo diligente, con un gran espíritu vocacional, comprometido con su labor, entrenado en su ejercicio profesional, con una admirable experiencia, exigente con su formación académica y presto a la mejora del proceso para el cual trabajan día a día.

Para ampliar lo anterior (Salazar Edy, 2000) menciona algunas características que puede desarrollarse en el HUSI de acuerdo a su capacidad instalada y su recurso humano:

- Cómo entiende el HUSI la humanización y que conceptos tiene la familia sobre la humanización (Unificación de Conceptos)

- Significado de la maternidad en la época antigua y en la actual
- Reconocimiento de antecedentes familiares y de la pareja que intervienen en el desempeño de la maternidad para la madre y para el padre
- Cuidados para la educación y crianza del niño desde la concepción hasta la adolescencia
- Cuidados de Enfermería específicos durante la maternidad
- Características de riesgo para la gestación, parto, posparto y el recién nacido
- Objetivos y metas de los controles prenatales, haciendo énfasis en derechos y deberes del grupo familiar
- Cuidados durante el proceso de parto con enfoque holístico
- Técnicas de relajación del cuerpo y la mente durante el embarazo, parto, pos parto
- Enfermedades de la materna que complican la gestación
- Estilo de vida saludable durante el embarazo
- Complicaciones Inherentes a la gestación
- Manejo de medicamentos durante el embarazo y el posparto
- Lactancia materna: Ventajas para la madre, el niño y el padre
- Fisiología de la secreción láctea
- Preparación de la madre y el padre para la lactancia materna
- Planificación familiar
- Proyecto de vida familiar
- Introducción de la alimentación complementaria
- Problemas derivados del amamantamiento
- Comportamiento del niño intrauterino: autocuidado materno-paternal para el desarrollo emocional del niño
- Consideraciones para el éxito de la estimulación oportuna
- Estrategia de sanación de experiencias previas que la familia o materna considere negativas durante la atención de otros partos

Se busca que la familia asuma su proceso de autocuidado y se conecte con su bebé, que el padre pueda elaborar su paternidad desde el amor, enfocar el embarazo como un proceso sanador para el cuerpo.

8.1.4 Crear un entorno de hogar en el hospital

Un aspecto fundamental que podría modificar la concepción de ir al hospital es convertir el hospital en un entorno que tenga calor de hogar y que el parir en el HUSI sea una grata experiencia, sin desconocer que habrá situaciones que se salen de las manos y el control profesional, es importante aclarar que este entorno de hogar no permitiría que la institución se aísle de la normatividad vigente que admite que el hospital cumpla con estándares de habilitación y acreditación. Retomando el propósito de este proyecto de gestión, se pretende que la sensibilización del personal que interviene en la atención se convierta en la constante institucional y sea el principal insumo para el bienestar que pueda percibir la madre, el padre, el bebé recién nacido o el acompañante que apoye el proceso de la materna; sin embargo suena filantrópico el concepto de hogar en el hospital, pero puede ser posible recurriendo a sencillas prácticas que le generen al grupo familiar una cercanía que no han percibido en otro tipo de atención o institución; conocer las preferencias alimenticias de la materna, indagar un poco acerca de su cultura y gustos, conocer cuáles son sus aromas preferidos, y cuáles de estos se

podrían adaptar al entorno que sean seguros pero eficaces para contribuir a la generación de confort y bienestar.

Dentro de esta recomendación cabe resaltar que el acompañamiento para la materna durante toda su estancia hospitalaria es vital, este factor afecta psicológicamente, emocionalmente y físicamente a la materna, para que este acompañamiento se desarrolle de la mejor manera es importante que la persona escogida por la materna que en muchos casos es el esposo esté entrenada en cómo debe ser su comportamiento y cuál es el rol que cumple durante la atención de parto, cuáles son sus limitaciones y cuáles pueden ser sus fortalezas en dicho proceso.

La ambientación del lugar y que el hospital sea acogedor, modifica el contexto y puede permitir sobrellevar con más calma la estancia hospitalaria, que el centro hospitalario en el servicio de ginecología y obstetricia se comporte como un segundo hogar, y se puedan adaptar algunos lugares del servicio que representen mayor confort y bienestar para la familia que visita el este espacio.

En la Universidad de Belgrano Buenos Aires en 2015 se realizó una investigación relacionada con la hotelería hospitalaria y se determinaron puntos comunes y diferencias entre hospital y hotelería enfocados en la población geriátrica, sin embargo, representa para este futuro proyecto una acción digna de imitar y adaptar en ginecología y obstetricia. En (Cybart, 2015) citan el concepto de hotelería hospitalaria:

“La hotelería Hospitalaria trata de percibir en el paciente su satisfacción por encontrarse en “manos” de personas que le devolverán, con “buenas atenciones”, su salud, en especial, cuando esas atenciones se acompañan de comprensión, bondades y comodidades, que atenúan su ansiedad y expectativas, recibéndolas con alivio porque le permitirán su pronta recuperación, lo que por otra parte beneficia el “prestigio” institucional.” (Cybart, 2015)

8.2 RECOMENDACIONES DIRECCIONADAS AL DIRECTOR O COORDINADOR DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HUSI

8.2.1 Ampliar convenios con eps enfocados en atención de parto humanizado

En búsqueda de hacer crecer y mantener el prestigio institucional que ha caracterizado al HUSI desde el año 1959 cuando iniciaron labores en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, se pretende replicar el tipo de atención modificada a partir de la implementación de estas recomendaciones y ofertarlo a entidades prestadoras de salud (EPS) distintas a los convenios actuales que son Sanitas, Aliansalud, Nueva Eps y Compensar, lo anterior asociado al creciente cambio en cuanto a competitividad y calidad en la atención en los hospitales del país, un programa robusto de humanización en el parto comentado en el voz a voz de usuarios satisfechos, bajo la premisa de un parto feliz, es un método innovador que a la luz del hospital como negocio sostenible y creciente, presenta muchas ventajas en el mercado, en términos de competencia se puede marcar la diferencia de la atención, basada en la satisfacción de cliente, un cliente que en su discurso mencione que, en el HUSI, se superaron las expectativas de su experiencia del parto y la de su familia.

8.2.2 Gestionar presupuesto para inversión en servicio de ginecología y obstetricia

Para garantizar la implementación de las recomendaciones anteriormente descritas, se hace necesario destinar presupuesto económico para invertir en los planes de acción a ejecutar, dicho presupuesto se puede justificar desde los resultados de esta investigación, pero también desde la necesidad de continuar el proceso investigativo desde otras aristas que se relacionan con la humanización. El tema de inversión debe incluir el análisis de presupuesto para la planta física del servicio, la continuidad en la investigación y la capacitación continua y enfocada en el grupo a cargo de la humanización del parto como una realidad para el HUSI, el grupo responsable puede estar conformado por un Ginecólogo, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería, los resultados de esta investigación mostraron claramente que quienes están en el rol coordinador y dirección del servicio, tienen una fuerte sensibilidad con el problema, esta importancia dada al tema es un buen principio para encaminar este proyecto de inversión.

8.2.3 Ofrecer entrenamiento a personal en formación enfocado en humanización en el servicio de ginecología y obstetricia

Al ejecutar las recomendaciones y ganar experiencia en el desarrollo de las mismas se puede ofrecer entrenamiento a estudiantes del área de ginecología y obstetricia.

En la siguiente sección se presentan otras técnicas útiles para analizar nuevas formas de entender la atención al parto, que requieren especial entrenamiento, inversión presupuestal, curiosidad y compromiso del personal asistencial, y no menos importante un cambio de paradigma sobre cómo hemos atendido el parto hasta la época actual.

8.2.4 Desarrollar material didáctico para la capacitación del personal de salud, la materna, su pareja o acompañante

Desarrollar material didáctico para publicación y uso en capacitación del personal de la salud, la materna, pareja o acompañante, se incluye esta recomendación por requerir inversión y direccionamiento del contenido por parte de quienes dirigen el servicio de Ginecología y Obstetricia, se ofrece como alternativa la revisión del cuento “La Máquina del tiempo” cuya autoría corresponde a los enfermeros Andrés Restrepo Sánchez y Natalia Torres, en este pequeño manuscrito se elaboró un recuento del escenario de la Violencia Obstétrica percibida a través del bebé estando aún en el ambiente uterino, se diseñó en un sentido homenaje a todas las madres que han sido víctimas de este fenómeno.

8.3 OTRAS TECNICAS APLICADAS A LA ATENCIÓN DEL PARTO

8.3.1 Uso de aceites esenciales

Los aceites esenciales poseen gran importancia para el hombre, porque su uso en campos como la medicina, la cosmética, la aromaterapia, entre otros, ha tomado fuerza y hacen que sus propiedades sean muy apetecidas en estas áreas y por las personas en general, en específico por aquellas que están buscando cada vez con mayor ahínco, el uso de productos naturales dentro de sus estilos de vida.

Uno de los campos que está de auge por estos tiempos es la aromaterapia, la cual se define como un arte natural curativo, que busca el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, a través de la utilización de aceites esenciales que se extraen de las plantas.

La principal forma de aplicar la aromaterapia actualmente es por medio de los masajes, donde se combina el efecto que el aceite esencial produce a través de la piel y por el olfato. También

tiene un efecto psicológico; se ha demostrado desde la ciencia, que los olores causan un impacto en las emociones y la mente de los seres humanos.

Es importante anotar que para estos tratamientos se requieren aceites naturales puros, son excelentes para el estrés, ya que permite relajar tanto el cuerpo como la mente. En muchos países latinoamericanos se está incentivando el uso de extractos de las plantas, por características como: alta efectividad, bajo costo de preparación, fácil obtención, no tienen efecto residual (Abizanda, 2012).

8.3.2 Parto vertical

(Calderón et al., 2008) describen en detalle las bondades de esta práctica en cuanto a la fisiología del cuerpo y posteriormente en si discusión presentan interesantes recomendaciones que pueden complementar los objetivos futuros de la atención en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HUSI.

El parto en posición vertical (parada, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, de pies y manos) es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas.

Los aspectos fisiológicos incluyen:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardíacos fetales
- El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto
- Existe un mejor equilibrio ácido-base fetal
- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal
- El ángulo de encaje es menos agudo, facilitando el encaje y descenso del feto
- Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente a la prensa abdominal para la salida del bebé y disminuye la frecuencia de calambres
- El trabajo de parto se acorta ostensiblemente
- Proporciona beneficios psicoafectivos¹⁹, con un mayor rol protagónico en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.

(Calderón et al., 2008) sugieren las siguientes recomendaciones:

- Es importante que las instituciones donde se atiende partos permitan a cada mujer la elección de la posición en que se quiere parir, previa información adecuada y completa, la cual se debe iniciar desde los niveles de atención primaria hasta los niveles más altos, ser conocido por todo el personal de salud, a fin de involucrarse en los nuevos paradigmas para conducir a las madres a un parto exitoso, alcanzando el objetivo de una mamá y un bebé sanos.
- El parto vertical debe ser ofrecido como alternativa, por los beneficios mencionados, como una estrategia para que las mujeres opten por tener parto institucionalizado,

precisamente en zonas de provincias, y porque en forma indirecta sería una de las estrategias para disminuir el índice de cesáreas que cada día va en aumento. Así mismo, debería abrirse una variable para su registro, diferenciándola del parto vaginal horizontal en el software de la institución, a fin de realizar una evaluación a largo plazo con respecto a los beneficios y complicaciones frente al parto horizontal, mal llamado ‘tradicional’.

- El parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de ellos devienen, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención en esta área.
- Es necesario que todo el personal que atiende partos deba considerar la necesidad de capacitarse en esta alternativa de atención por los beneficios conocidos y porque la exigencia de esta tendencia a nivel mundial lo obliga; ya no se puede eludir esa responsabilidad si la gestante se lo solicita.
- Teniendo en cuenta que, siendo este un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto, se debe considerar el hecho de que los enemas evacuantes, el rasurado perineal, los ‘relajantes del cuello uterino’ (como el dimenhidrinato y la hioscina) y la episiotomía no han demostrado ser beneficiosos para el manejo del trabajo de parto ni disminuyen las infecciones maternas ni perinatales; por tanto, en lo posible deben ser evitadas.
- Independientemente de la posición para el parto, el trabajo de parto se acompaña de dolor; por tanto, algunas mujeres requerirán de analgesia de parto; en ese sentido se debería contar con estas facilidades para las pacientes con umbral doloroso bajo, que la requieran.
- En el marco de la capacitación, debe incluirse dentro del programa de estudios universitarios de las ciencias médicas estas otras alternativas para la atención del parto, en vista de que la posición horizontal es la forma como aún se les capacita a los alumnos y así se hallan aún descritos en los textos de enseñanza, con respecto a los mecanismos del parto normal.

8.3.3 Asistencia del trabajo de parto en agua

El Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona en España es referente en la asistencia al trabajo de parto en agua, en su protocolo describe las ventajas de esta práctica, las condiciones generales para su uso y las contraindicaciones para tener en cuenta un amplio contexto de dicha práctica, a continuación, se citan los principales aspectos:

Las ventajas de la hidroterapia descritas durante el parto en general son (Mallen & Roé, 2018):

- Aumento de la movilidad gracias a la flotabilidad
- Relajación y disminución de la sensación dolorosa relacionado con el calor del agua
- Aumento de secreción de oxitocina secundaria a la relajación y liberación de serotonina
- Aumento de la vascularización uterina dando lugar a una mayor oxigenación produciendo contracciones uterinas más efectivas
- Reducción en el tiempo de la primera y segunda fase de parto
- Disminución de la TA con una inmersión hasta los hombros
- Aumento del grado de satisfacción materna

Periodo de Dilatación:

- Acelera la dilatación cervical
- Disminución la necesidad del uso de oxitocina

Periodo Expulsivo:

- Aumento de partos espontáneos
- Disminución del trauma perineal y episiotomías
- Disminución de analgesia loco-regional

8.3.4 Musicoterapia en la atención del parto

(Minaya Manrique, 2015) hace una descripción detallada de los efectos positivos de la musicoterapia en las gestantes durante el trabajo de parto como estrategia de control del dolor, del cual también surgen recomendaciones aplicables en el HUSI

- Se recomienda la implementación de la música durante este proceso, en los servicios de obstetricia, principalmente de sonidos ya conocidos como Mozart o Vivaldi, cuyas ondas musicales son conocidas por su efecto relajante.
- Se sugiere a los profesionales de salud encargados de la atención de la gestante en el trabajo de parto, la participación en la implementación de la música en este proceso, mediante el uso continuo de música relajante a las gestantes que lo soliciten, asimismo se sugiere el monitoreo continuo de los signos vitales para corroborar el efecto de esta técnica.
- En base a los resultados significativos obtenidos, se debería realizar ensayos controlados en una población mayor, que permitan ratificar el beneficio de esta técnica, principalmente en la disminución del dolor, y asimismo evaluar sobre los niveles de ansiedad y estrés, en este grupo poblacional.
- Incluir como soporte de continuidad en aquellas pacientes que llevan Psicoprofilaxis Obstétrica.

8.3.5 Cromoterapia en el parto

(Rodríguez Santana, Rámila Gómez, & José Martín Macías, 2016) se describen los beneficios de la cromoterapia como una estrategia con enfoque natural y holístico en busca de la salud y el equilibrio con el uso de los colores con función preventiva y terapéutica

La cromoterapia se basa en la energía luminosa electromagnética y vibraciones presentes en los siete colores del espectro solar visto en el arco iris, y la vibración específica de cada color influiría en la creación del estado de armonía física y mental. Las correlaciones establecidas en los ámbitos energéticos y psicosomáticos entre colores, emociones y bioenergética hacen el resultado más eficaz y completo. En la medicina holística, el azul es uno de los colores más importantes del espectro solar, especialmente debido a que es terapéutico para los sistemas nervioso, circulatorio, los sistemas muscular y esquelético como un regenerador celular.

La luz azul es sedante, analgésica y antiespasmódica. En los entornos, el azul da una consistencia sutil a las cosas en el que todo parece adquirir ligereza y transparencia, como si flotara en el ambiente espacial. Azul destruye el ambiente depresivo de días nublados, siendo útil en las paredes de la habitación para facilitar el sueño. El control de la luz, los colores, el ruido y la temperatura trae armonía, humanismo, y bienestar a las unidades de cuidados

intensivos, salas de parto, guardería y salas de operaciones, acelerando la recuperación y el alta del hospital.

8.3.6 Parteras y conocimiento ancestral

Asociación de parteras unidas del pacífico (ASOPARUPA) resalta la figura de la partera como un privilegio, “partera, comadrona, matrona, se usan para definir a estas mujeres sabias que ayudan a traer los niños al mundo. Se conoce como el oficio más antiguo de la humanidad, directamente relacionado con el trabajo del chamán o medico tradicional. La labor de la partera o comadrona a lo largo del tiempo ha consistido en tratar los síntomas, las dolencias y el paso a paso del embarazo, así como recibir a los recién nacidos y tratar a quienes tienen problemas para concebir. Su saber es un tejido antiguo entre la medicina tradicional y el conocimiento profundo de las plantas. En las civilizaciones amerindias la partera ha sido un pilar y una figura de gran prestigio, son mujeres conocedoras del cuerpo humano, de su funcionamiento y su salud, además de conocer los frutos y hierbas de la tierra que son utilizados para cada aflicción” (Asociación de parteras unidas del pacífico, 2012). Por lo tanto, se sugiere al HUSI gestionar redes de aprendizaje y formación con estas asociaciones que desde sus saberes ancestrales pueden aportar con sus prácticas a la humanización de la atención y con ello un nuevo modelo de atención que involucre a la materna y al personal de salud para alcanzar los mejores resultados en salud con la mejor experiencia y calidad.

8.4 RESUMEN PRIORIZACIÓN RECOMENDACIONES Y CATEGORIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Tabla 22. Relación entre categorías y recomendaciones de acuerdo a su prioridad..

Categoría Violencia Obstétrica	Perfil con mayor percepción de impacto de la categoría en la humanización			Prioridad *	Numeral Recomendación	
Institucional	+ Pareja	+Médico general	+ Coordinador y director	Baja	8.1.1 8.1.2	8.1.3
Física	+ Pareja	+Otros (pediatra y anesthesiólogo)	+ Coordinador y director	Media	8.3.1 8.3.2 8.3.3	8.3.4 8.3.5 8.3.6
Psicosocial	+Pareja	+Ginecólogo	+ Coordinador y director	Media	8.1.1 8.1.2	8.1.3 8.1.4
Simbólica	+Pareja	+Ginecólogo	+ Coordinador y director	Media	8.1.1 8.1.2	8.1.3 8.1.4
Comunicativa	+Pareja	+Médico general	+ Coordinador y director	Alta	8.1.1 8.1.2 8.1.3	8.1.4 8.2.3 8.2.4
Resistencia	+ Pareja	+ Profesional Enfermería	+ Coordinador y director	Alta	8.1.1 8.1.2 8.1.3	8.1.4 8.2.4
Historicidad	+Materna y pareja	+ Auxiliar de enfermería + Profesional Enfermería +Ginecólogo + Médico general +Otros (pediatra y anesthesiólogo)	+ Coordinador y director	Alta	8.1.1 8.1.2 8.1.3 8.1.4 8.2.1 8.2.2 8.2.3	8.2.4 8.3.1 8.3.2 8.3.3 8.3.4 8.3.5 8.3.6

*La prioridad se determina de acuerdo al promedio de las puntuaciones de todos los perfiles en cada categoría siendo: Alta (≥ 8), Media (≥ 7 y < 8), Baja (< 7).

9 DISCUSIÓN

Retomando el propósito de este proyecto que está enfocado, en sensibilizar al personal que interviene en la atención, acerca de las prácticas inadecuadas que pueden tener consecuencias directas en la salud y el bienestar de las maternas durante el proceso de parto, y tomando como referencia el conjunto de recomendaciones propuestas en este documento, se ofrecen como orientación principalmente al HUSI y a los diferentes actores a través de la ruta de atención del parto enmarcado en una atención humanizada y con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica.

En consonancia con lo anterior, es importante resaltar que esta investigación se desarrolló pretendiendo captar la percepción de todos los roles o perfiles que confluyen en el proceso de parto incluyendo, maternas en las 24 horas posparto o poscesárea, pareja, acompañantes, auxiliares de enfermería, profesionales en enfermería, ginecólogos, anesestesiólogos, pediatras, entre otros, esta gama de roles tiene un factor diferencial respecto de otros, porque permite tener un panorama más amplio del fenómeno de la violencia obstétrica, pero particularmente de la importancia que la humanización tiene para el personal de la salud. En la literatura existente, generalmente se abordan estos dos temas a la luz del testimonio de quien vive el fenómeno (las mujeres), sin embargo este estudio denominado “Me cuidaron en el parto” demostró que es importante conocer la percepción u opinión de todos los actores que intervienen en el proceso de parto y que estos tienen una percepción del impacto aun mayor que las propias maternas, pareja y familiares, lo que demuestra que el personal del HUSI es sensible y reconoce el problema, pilar fundamental para la implementación y adherencia de las recomendaciones.

En la investigación titulada “El continuo gineco-obstétrico: experiencias de violencias vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá, investigación cualitativa-exploratoria” (Monroy Muñoz, 2012) Se presenta una postura clara respecto a la maternidad, que vale la pena citar, dado que se encuentra en consonancia con los efectos de la experiencia en el futuro de las maternas y la necesidad de ampliar espacios de formación es este campo para los profesionales de la salud: “El estudio social de la maternidad como construcción, también es un elemento faltante en la comprensión del proceso de gestación, parto y posparto en el modelo de atención de salud; así mismo, son carentes los espacios académicos donde el personal de la salud reflexione sobre la cotidianidad de su labor y los efectos a corto y largo plazo de sus prácticas durante el acto médico en las mujeres, que como lo vimos en el análisis de las entrevistas, pueden llegar a cambiar drásticamente la cotidianidad y calidad de vida de una mujer de manera negativa” (Monroy Muñoz, 2012). Los autores de esta investigación compartimos la postura de Sonia Monroy cuando afirma que “las investigaciones sobre la Violencia Ginecobstétrica en Colombia son una tarea pendiente, necesaria para optimar herramientas legales y culturales para cambiar la lógica médica y de género con que se aborda a las mujeres gestantes” (Monroy Muñoz, 2012). Este trabajo titulado en su inicio “Me cuidaron en el parto” y desde su concepción busca motivar a los profesionales de la salud a mejorar significativamente desde sus acciones el funcionamiento del sistema de salud, lo que implica tener una comprensión y análisis más robusto de la atención del parto con un enfoque holístico y diferencial, entendiendo el nacimiento como el momento más importante, por lo tanto se requiere cerrar las brechas entre la mujer protagonista del parto y el personal de la salud poseedor del conocimiento técnico y la experiencia clínica, evitando reproducir estereotipos de atención anclados al modelo biologicista y pragmático característico de centros de atención al parto.

Dentro de las investigaciones que comparten la intención de cambio y transformación dentro del sistema de salud y el proceso de atención del parto y que vale la pena describir en este apartado de discusión es la investigación titulada "Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá" (Vallana Sala, 2016) cuya autora vivió en sus dos partos violencia obstétrica y su investigación surge de la propia experiencia, al respecto comenta: "Para el personal de la salud cada parto es uno más entre muchos, hace parte de la rutina de cada día, pero para una mujer que pare y para sus familiares el parto es un acontecimiento vital, único, extraordinario, no todos los días se pare o nace. En este sentido, se debería garantizar un escenario en el que se le permita a la dueña del parto y a quien nace tener y disfrutar el verdadero día más feliz de su vida" (Vallana Sala, 2016) . Teniendo en cuenta el testimonio citado, es importante replantear qué está haciendo el sistema por el personal de salud en Colombia, reconociendo que es un debate complicado de abordar, que recursos están destinados para los profesionales que han dedicado su vida al estudio y entrenamiento para salvar vidas y cuidar la salud.

El síndrome de Burnout es una realidad que en muchas ocasiones acompaña la cotidianidad laboral en los servicios de salud, al escuchar la versión de quien es víctima de violencia obstétrica y expresa con nostalgia la vulneración que sintió en su experiencia de parto se puede asumir la postura de un personal de salud punitivo en la atención, sin embargo, dentro del análisis de esta investigación consideramos importante reconocer que el personal de salud en general y para este caso el personal de ginecología y obstetricia no se ha entrenado para afectar a las usuarias que llegan a su cuidado, pero si están inmersos en condiciones laborales que en ocasiones no favorecen para engrandecer la labor que se ejecuta al interior del hospital y para otorgar todo el honor y protagonismo que merece cada materna en particular y su núcleo familiar, y aunque son escenarios distintos en este 2020 y lo que llevamos de 2021(tiempo de pandemia covid 19) se ha evidenciado la fortaleza y compromiso del gremio en salud y las inmensas debilidades del sistema, la influencia de intereses políticos y económicos que afectan directamente y de manera negativa las buenas iniciativas que pueda surgir en el entorno hospitalario. Sin embargo, vale la pena seguir creyendo en proyectos de mejora y para el caso del HUSI u otra institución hospitalaria, no olvidar el hecho de que los profesionales de la salud son seres humanos ofreciendo su vocación, experiencia y conocimiento a otros seres humanos.

Los resultados de la investigación Me des-cuidaron el parto: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto (Rodríguez Martínez, Torres Castro, & Restrepo Sánchez, 2016) mostraron la Categoría Historicidad como emergente, que no ha sido ampliamente descrita en otras investigaciones, y que teniendo en cuenta los resultados de esta investigación es una de las categorías con mayor porcentaje dado por todos los grupos de participantes afirmando desde su percepción que si tiene una afectación importante sobre la humanización, el conjunto de auxiliares de enfermería 93.3%, enfermeras jefes 94.7%, ginecólogos 100%, médicos generales 100%, otros 94.9%, Coordinadores y directores 100%, por lo tanto la experiencia en la atención del parto si condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro, dicha experiencia la recuerda con claridad la materna y su grupo familiar marcando la vida significativamente independiente de los años transcurridos del parto.

De las siete categorías, la Historicidad es el punto de partida para modificar los paradigmas de atención aplicados hasta la actualidad, es menester reconsiderar prontamente como se está ejecutando el proceso de parto institucional y ejecutar los cambios necesarios urgentemente para marcar la vida de la materna, el grupo familiar y el ejercicio profesional de los trabajadores en salud de Ginecología y Obstetricia bajo la premisa de "vivir un parto feliz", con el mejor acontecimiento que nos ofrece la vida, el privilegio de nacer. En esta categoría se encontró que

la percepción de la experiencia en la atención depende del resultado de atención en salud, y son las maternas las que más reconocen el esfuerzo del personal de salud, por lo que todos no se debe escatimar en los esfuerzos técnicos-científicos requeridos para atender los diferentes requerimientos durante el proceso de parto y la atención inmediata del recién nacido.

En la investigación titulada “Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica, de (Moreno Sierra & Guzmán Castillo, 2017) , se hace énfasis al concluir en dos aspectos que son relevantes para tener en cuenta al querer profundizar en el análisis de cambios que se requieren generar al momento de querer aterrizar la atención a la realidad de humanizar; en el documento describen que el personal en formación, en ocasiones excede el número de tactos vaginales y afectan la intimidad de la materna, cuyas acciones son fácilmente corregibles, sin embargo los testimonios de las mujeres que participaron en esta investigación comentan que “son un acompañamiento importante porque detectan signos de alarma tempranamente y fomentan una comunicación más comprensible con la madre y el personal médico” (Moreno Sierra & Guzmán Castillo, 2017) , esto nos permite analizar que la actitud al iniciar la carrera y especialmente la práctica en el ejercicio profesional en salud, se va modificando por diversos factores, sin embargo es importante generar estrategias que mantengan la buena comunicación y el don vocacional que hizo que el profesional decidiera capacitarse para dedicar su vida al servicio y cuida de la salud de otros, el otro factor a tener en cuenta es que la población en formación dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia es un insumo fundamental para garantizar la implementación de la humanización teniendo en cuenta los atributos positivos que expresaron las madres participantes de esta investigación y que son personas con entusiasmo por la carrera que ya se encuentran al interior de la institución y que pueden apoyar el proceso de prevención de violencia obstétrica otorgándoles un mayor nivel de protagonismo y también de responsabilidad guiada por los más expertos

Para cerrar este apartado de discusión retomamos lo mencionado por los autores de esta investigación y que representa una mejor visión para ejecutar cambios: “La mayor ganancia obtenida a partir del desarrollo de esta investigación fue comprender que muchos de los programas, planes, guías y lineamientos internacionales, latinoamericanos y nacionales están dispuestos para garantizar una óptima atención y un trato humanizado del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio; y que tan solo con su cumplimiento a cabalidad disminuiría las acciones violentas” (Moreno Sierra & Guzmán Castillo, 2017) , por lo tanto el cambio que se requiere está sujeto a un trabajo mancomunado, caracterizado por la disciplina, vocación de servicio y recordando constantemente el motivo que como profesionales de salud les motiva a prepararse para cuidar de otros.

10 CONCLUSIONES

La Humanización, debe ser el eje principal en el que gire la atención en salud, principalmente aplicable al contexto del parto, donde confluyen diversos factores que la afectan y que deben ser identificados, tratados y modificados en torno al beneficio del núcleo familiar, entiéndase este como el binomio madre e hijo quienes experimentan el proceso de parto de forma directa y la figura paterna quien acompaña y vive también dicho proceso o el familiar escogido por la materna.

Dando cumplimiento al primer objetivo específico de esta investigación, se aplicaron las encuestas semiestructuradas a la población seleccionada, lo que permitió identificar las categorías de violencia obstétrica que más afectan la humanización son la Historicidad y la Comunicativa en el contexto del HUSI.

Al conocer la percepción de los diferentes roles como el equipo de profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia del HUSI y conocer su percepción respecto a la atención del parto y la relación de las categorías de violencia obstétrica descritas en la literatura, encontramos que la Humanización hace parte de las prioridades del equipo profesional, donde se reconoce el problema y como este afecta la atención del parto, por ello la importancia de usar esta sensibilidad del personal para implementar las diferentes recomendaciones.

El personal de la salud debe hacer un fuerte trabajo en su estrategia de comunicación hacia los pacientes, reforzando la confianza de comunicación de quienes reciben sus cuidados, esto quiere decir, que ambas partes sean capaces de expresar lo que piensan, lo que sienten y lo que necesitan sin miedo ni restricción alguna”, lo anterior implica que en las estrategias prioritarias adoptadas por el servicio de Ginecología y Obstetricia de la institución en mención, se debe enfatizar en la mejora de la información que se le brinda al grupo familiar durante la atención, y no menos importante la actitud y lenguaje no verbal que son componentes indispensables para garantizar la implementación de la humanización. También será la manera como paulatinamente se irán erradicando algunas de las categorías de violencia obstétrica que descritas en la literatura las vemos explícitas en el análisis y percepción del grupo encuestado objetivo de esta investigación.

Respecto a la categoría Historicidad, se debe velar por modificar la experiencia del parto desde todas las instancias, de tal forma que la familia recuerde el proceso de atención en el HUSI como una de las vivencias más gratas de su vida, donde los detalles intangibles por pequeños que parecieran caracterizarán el momento como uno de los mejores, un momento para repetir, divulgar y especialmente que la atención recibida permita tomar una decisión de futuros hijos teniendo un enfoque más claro de lo que la familia puede recibir del personal de salud y de su institución hospitalaria como segundo hogar. Para trabajar en la erradicación de la historicidad como muestra de violencia obstétrica aplican todas las recomendaciones sugeridas en este documento.

Desde la mirada de la materna, su pareja o los acompañantes que dieron respuesta al cuestionario en su totalidad se evidenció que la categoría que más resaltan por percibir que afecta directamente la humanización, se refiere a la violencia física, mientras que para el grupo de ginecólogos esta categoría no tiene mucho impacto en la humanización. Sin embargo, los ginecólogos son quienes perciben un mayor impacto en las categorías comunicativa y simbólica, lo que demuestra la importancia en la información y trato que se le dé a la materna, pareja, familiar y/o acompañante durante la atención.

Lo anterior nos permite analizar que la categoría física pone en evidencia el distanciamiento que puede existir entre el grupo familiar que llega a consultar para vivir el nacimiento del bebé y el ejercicio profesional en el rol de Ginecólogo, por lo anterior se requiere que a través de las recomendaciones sugeridas para el HUSI, se tome en consideración el acercamiento del grupo de profesionales, especialmente del ginecólogo para brindar a la familia una mejor comprensión del manejo que se necesita dar al cuerpo de la materna y la aplicación de protocolos para llegar a concluir un parto exitoso, no obstante, es importante escuchar y conocer atentamente la postura de la materna, su pareja o acompañante al respecto y conciliar necesidades y preferencias para los roles involucrados.

Es importante mencionar que al inicio de este proyecto se pretendía captar una muestra mayor de maternas, parejas y familiares de acuerdo con los partos promedio mes del hospital, sin embargo, por las condiciones de emergencia sanitaria Covid 19 y lineamientos nacionales de distanciamiento y control de visitas se obtuvo la muestra bajo la técnica de saturación siguiendo los protocolos de bioseguridad del HUSI. Esto representó una dificultad para el desarrollo del proyecto que el equipo investigador logró superar obteniendo los resultados ya descritos en el desarrollo, incluso incluyendo en el estudio maternas con infección por Covid 19, de tal forma que permita incentivar en el futuro continuar procesos de investigación enfocados en los temas abordados, pero con el objetivo de ampliar los escenarios y probar hipótesis que surgen con el análisis de los resultados presentados.

Se realizó la descripción de la relación de las categorías de la humanización del parto desde los diferentes roles y se evidenció que las siete categorías de la violencia obstétrica citadas y definidas en la primera parte de este documento afectan la humanización y requieren intervenciones específicas que permitan minimizar las acciones que han perpetuado este tipo de violencia al interior de la institución. También se hace hincapié en que dichas intervenciones requieren un fuerte cambio de pensamiento y apertura profesional por parte del personal de salud, es importante tomar en cuenta otras formas de desarrollar la atención del parto, fortaleciendo el conocimiento adquirido, buscando otros saberes que pueden enriquecer el proceso y gestionando los recursos económicos y de capital humano para vivir una real humanización del parto, es decir reproducir conductas de humanización como un estilo de vida laboral.

Se elaboraron trece recomendaciones para la humanización del parto con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica en la institución, teniendo en cuenta las percepciones de los participantes al responder las encuestas, son recomendaciones que, a la luz de literatura complementaria consultada, ofrecen un panorama suficientemente enriquecedor para reinventar la forma como se han atendido los partos a lo largo de la historia al interior de los hospitales. Por otra parte, estas recomendaciones prácticas pueden convertirse en un innovador referente para otros centros hospitalarios en Colombia.

Finalmente se logró cumplir con el objetivo general propuesto, contestar el problema de investigación y documentar instrumentos que pueden ser aplicados en otras instituciones con el fin de identificar si las recomendaciones y percepciones encontradas por los diferentes roles se encuentran en otros escenarios de atención, como en las entidades públicas, o en otros tipos de población, como en el régimen subsidiado o población indígena. Ampliar la presente investigación a otros centros de atención permitirá visibilizar y hacer transversal el fenómeno de la violencia obstétrica, y con ello la importancia de implementar estrategias de

humanización en la atención del parto que mejoren la calidad de los servicios de salud materna y hagan del parto el momento más feliz de la materna y su familia.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abizanda, J. (2012). Aceites esenciales y plantas. Bogotá: Servicio Nacional de Aprendizaje.
- Anguita, J. C., Labrador, J., & Campos, J. D. (2003). La encuesta como técnica de investigación. elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria*, 31(9), 592-600.
- Asociación de parteras unidas del pacífico. (2012). Parteras tradicionales y plantas medicinales en el pacífico colombiano. Buenaventura: ASOPARUPA.
- Calderón, J., Bravo, J., Albinagorta, R., Rafael, P., Laura, A., & Flores, C. (2008). Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 54(1), 49-57.
- Cybart, M. A. (2015). Hotelería hospitalaria, la hospitalidad en los servicios de salud de calidad para la tercera edad. estudio de caso: Hogar rožman, buenos aires Retrieved from http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/8217/885_AsmannCybart.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ley 1482 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, (2011).
- Ley 1751 por medio de la cual se modifica la ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad, (2015).
- Mallen, L., & Roé, T. (2018). Protocolo: Asistencia al trabajo del parto en agua. Retrieved from <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia%20al%20trabajo%20de%20parto%20en%20agua.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Plan nacional para la mejora de la calidad en salud 2016-2021. (). Bogotá Colombia: Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Indicadores de calidad resolución 256 de 2016. Retrieved from <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Registro especial de prestadores de servicios de salud - REPS. Retrieved from <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). El continuo ginecobs-tétrico: Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en bogotá. Departamento De Trabajo Social,
- Moreno Sierra, P. E., & Guzmán Castillo, K. A. (2017). Haciendo visible lo invisible: Prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica Retrieved from <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39672/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Resolución 3100 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. (2019). Retrieved from https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm#27
- Rodríguez Martínez, D., Torres Castro, N. M., & Restrepo Sánchez, A. (2016). Me des-cuidaron el parto: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto
- Rodríguez Santana, M., Rámila Gómez, M., & José Martín Macías, M. (2016). Influencia de las condiciones ambientales en el período de dilatación en gestantes de bajo riesgo
- Salazar Edy. (2000). La maternidad: Riesgos y complicaciones. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería: Centro editorial javeriano.
- Secretaría Distrital de Salud. (2015). Lineamiento nacimiento humanizado bogotá . (). Bogotá:
- Vallana Sala, V. V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica: Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en bogotá

12 ANEXOS

Anexo 1 Diseño específico de encuestas.

Encuesta N°1. Mujer en puerperio inmediato, pareja, familiar o acompañante:

Link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Dpn32j-KnECbdipUdQmAAAMf807NhWdpMkjsw_cp1Mr1UNk9GVktVVFk4VVFYTDVFWkk2QTRHUEJBNi4u



Sección 1: Consentimiento Informado		Cantidad de Preguntas: 1
<i>Pregunta N° 1: Consentimiento. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado. ¿Realizo la lectura del consentimiento informado?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada	<i>Opciones:</i> SI / NO	
Sección 2: Caracterización del Rol dentro de la atención del parto		Cantidad de Preguntas: 6
<i>Pregunta N° 1: ¿Usted es?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada	<i>Opciones:</i> Materna / Pareja / Familiar o Acompañante	
<i>Pregunta N° 2: ¿Cuántos hijos tiene?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A.	
<i>Pregunta N° 3: ¿Cuál es su estado civil?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta	<i>Opciones:</i> Casado / Soltero/ Unión Libre / Otro	
<i>Pregunta N° 4: ¿Cuál es su nivel de educación?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta	<i>Opciones:</i> Ninguno / Básica primaria (1° - 5°) / Básica secundaria (6° - 9°) / Media (10° - 13°) / Técnico/tecnólogo / Universitario / Posgrado	
<i>Pregunta N° 5: ¿En dónde vive?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta	<i>Opciones:</i> Bogotá / Cundinamarca / Otro	
<i>Pregunta N° 6: ¿Que edad tiene? (Quien diligencia el formulario)</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A.	
Sección 3: Evaluación categorías relacionadas con la humanización del parto		Cantidad de Preguntas: 1
<i>Tipo de Pregunta:</i> Pregunta de estimación. <i>Opciones</i> De 1 a 10.		
<i>Pregunta N° 1: Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación</i>		

impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

- i. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto.
- ii. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto.
- iii. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros.
- iv. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales.
- v. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.
- vi. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros.
- vii. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.
- viii. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.
- ix. La relación, trato o comunicación con su pareja.
- x. La relación, trato o comunicación con su familia.
- xi. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)
- xii. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto.
- xiii. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.
- xiv. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.
- xv. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.
- xvi. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.
- xvii. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.
- xviii. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

Sección 4: Evaluación de la experiencia en la atención del parto

Cantidad de Preguntas: 4

Pregunta N° 1: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Pregunta N° 2: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Pregunta N° 3: Teniendo en cuenta que: 10 refleja la mejor experiencia y 1 la peor experiencia de la atención del parto. ¿Califique de 1 a 10 la experiencia en su último parto?	
Tipo de Pregunta: Pregunta de estimación.	Opciones: De 1 a 10.
Pregunta N° 4: Su hijo nació con un estado de salud óptimo? Estado de salud óptimo se refiere a que nació vivo y que no se requirieron intervenciones adicionales después del nacimiento	
Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta con una opción abierta.	Opciones: SI / NO / Si desea justifique la respuesta anterior (No es obligatorio)
Sección 5: Reafirmación del consentimiento informado	
Cantidad de Preguntas: 1	
Pregunta N° 1: De acuerdo al contenido del cuestionario ¿Confirma la participación en el estudio?	
Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta	Opciones: SI / NO

Visualización Encuesta N°1 digital

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico por el hecho de participar en esta investigación. Sin embargo, recordar situaciones vividas de violencia obstétrica durante el proceso de parto puede generar sentimientos negativos o de nostalgia, por lo cual se le brindará información sobre posibles opciones de afrontamiento de estas experiencias, teniendo en cuenta que la verbalización de las mismas es una de ellas.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

- Durante la aplicación de los cuestionarios, se mantendrá su privacidad.
- Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial y sólo los investigadores y el personal autorizado de la institución participante, así como el Comité de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto.
- Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los participantes, por lo tanto, cada participante se identificará con el código que asigne el aplicativo.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados solo bajo el consentimiento del Hospital Universitario San Ignacio

Participación Voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ninguna consecuencia.

Título de la investigación: Me cuidaron en el parto: Recomendaciones de atención humanizada con énfasis en la prevención de la Violencia Obstétrica, estudio de caso en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá agosto a diciembre 2020

Persona a cargo del estudio: Sergio Daniel Linares-Natalia Marcela Torres

Dónde se va a desarrollar el estudio: En el Hospital Universitario San Ignacio ubicado en la Cra 7 No 40-62, en la ciudad de Bogotá, Colombia

Información General del Estudio de Investigación

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos e integridad de la mujer en el proceso de atención del parto lo que se traduce en un problema de calidad en la atención de salud; sin embargo, aunque en Colombia existe jurisprudencia para intervenir el fenómeno de la violencia obstétrica, se requiere legislación más robusta para atender la magnitud del fenómeno.

Por lo anterior se requiere estructurar buenas prácticas de atención para instituciones prestadoras de servicios de salud materna como el Hospital Universitario San Ignacio, que propende por brindar atención humanizada y digna en todos los servicios de salud donde la humanización sea el eje central y fundamental del sistema de salud, por lo anterior, los resultados de esta investigación pueden contribuir a sensibilizar, informar y generar un impacto significativo en el personal de la salud inmerso en la atención del parto, a través de una reflexión sobre las prácticas de violencia obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario y que contribuyen de forma negativa en la humanización de la atención.

De acuerdo a las categorías encontradas en el proyecto de investigación "Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto", el propósito de esta investigación es describir la percepción de los diferentes roles de la atención del parto sobre el impacto de la violencia obstétrica en la humanización con el fin de generar recomendaciones al Hospital Universitario San Ignacio.

Teniendo en cuenta el objetivo anteriormente descrito, se aplicará una encuesta semi-estructurada que permita identificar las categorías de violencia obstétrica que más afectan la humanización en la atención del parto, de esta manera se construirán las recomendaciones que prevengan el fenómeno de la violencia obstétrica con el objeto de priorizar y prevenir las categorías que más afectan la humanización de acuerdo a la percepción de los diferentes roles dentro de la atención del parto

Plan de Estudio

La encuesta semiestructurada será aplicada a tres roles dentro de la atención del parto en el Hospital universitario San Ignacio, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Gestante, mujer en puerperio inmediato (primeras 24 horas después del parto), familiar o acompañante.
2. Personal asistencial que participa en la atención del parto (Ginecólogos, Médico General, Enfermero Profesional y Auxiliar de Enfermería)
3. Director o Coordinador de Ginecología o atención del parto

1. La muestra será estimada de acuerdo a la población disponible por parte de la institución durante el tiempo que dure la etapa de recolección de datos. Posterior a la aplicación de la encuesta, en donde se busca priorizar las categorías de Violencia Obstétrica que más impacten la humanización de la atención del parto, se realiza un análisis de los diferentes resultados en cada una de las secciones evaluadas.

Beneficios de Participar en este Estudio

- Mejorar la calidad de la atención del parto.
- Generar recomendaciones que permitan mejorar la atención del parto con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica
- Lograr que los participantes en la investigación sean pioneros en la reflexión acerca de las prácticas inadecuadas en la institución de salud con relación a la atención del parto

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:

- Sergio Daniel Linares (Investigador) sdlinares@javeriana.edu.co-313 313 69 27
- Natalia Marcela Torres (Investigador) torres-natalia@javeriana.edu.co-310 800 9395
- Dr. Atilio Moreno Carrillo (Director Investigador) amoreno@husi.org.co - 5946161 Ext 2912.
- Presidente del Comité de Ética Institucional: Dr. Carlos Gómez Restrepo. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá D.C. Colombia. Teléfono: +57 (1) 2879222.

Escriba su respuesta

2. Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

¿Realizo la lectura del consentimiento informado? * 

Selecciona la respuesta

SI

NO

Siguiente

* Obligatorio

Caracterización rol dentro de la Atención del parto

A continuación encontrará preguntas relacionadas con su rol dentro de la atención del parto y algunas características sociodemográficas.

3. ¿Usted es? *

- Materna
- Pareja
- Familiar o Acompañante

4. ¿Cuántos hijos tiene? *

5. ¿Cual es su nivel de educativo más alto alcanzado?: * 

- Ninguno
- Básica primaria (1º - 5º)
- Básica secundaria (6º - 9º)
- Media (10º - 13º)
- Técnico/tecnólogo
- Universitario
- Posgrado

6. ¿Cual es su estado civil? *

- Casad@
- Solter@
- Unión Libre
- Otro

7. En donde vive: *

- Bogotá
- Cundinamarca
- Otro

8. ¿Que edad tiene? (Quien diligencia el formulario) *

Atrás

Siguiente

* Obligatorio

Evaluación categorías relacionadas con la humanización del parto

9. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

A. La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

B. Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

C. Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

D. La información dada a la materna antes de los tactos vaginales. * 

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

E. Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

F. Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros. * 

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

G. Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

H. Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto. * 

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

I. La relación, trato o comunicación con su pareja. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

J. La relación, trato o comunicación con su familia. * 

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

K. La relación, trato o comunicación con el entorno de su trabajo. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

L. El conocimiento que usted tiene de lo que sucede durante el parto. * 

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

M. Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto.

Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

N. Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

O. Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

P. Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

Q. La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?

R. Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Atrás

Siguiente

* Obligatorio

Evaluación de la experiencia en la atención del parto

A continuación por favor responda si esta de acuerdo, parcialmente o no esta desacuerdo con la afirmación:

27. ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro? * 

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

28. ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos? *

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

29. Teniendo en cuenta que: 10 refleja la mejor experiencia y 1 la peor experiencia de la atención del parto. ¿Califique de 1 a 10 la experiencia en su último parto? *

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

30. ¿Su hijo nació con un estado de salud óptimo?

Estado de salud óptimo se refiere a que nació vivo y que no se requirieron intervenciones adicionales después del nacimiento. *

- SI
- NO

31. Si desea justifique la respuesta anterior (No es obligatorio) 

Escriba su respuesta

Atrás

Siguiente

Encuesta N°2. Personal de atención del parto: ginecólogo, médico general, pediatra, anestesiólogo, enfermero profesional y auxiliar de enfermería:

Link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Dpn32j-KnECbdipUdQmAAAMf807NhWdpMkjs_w_cp1Mr1URUpBVIRMSDVKWDVBSkFTTE8wMzhFRTO2QS4u



Sección 1: Consentimiento Informado		Cantidad de Preguntas: 1
<i>Pregunta N° 1: Consentimiento. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado. ¿Realizo la lectura del consentimiento informado?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada		<i>Opciones:</i> SI / NO
Sección 2: Caracterización del rol dentro de la atención del parto		Cantidad de Preguntas: 2
<i>Pregunta N° 1: ¿Usted es?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada		<i>Opciones:</i> Auxiliar de enfermería / Enfermero Profesional / Médico general / Ginecólogo-Perinatólogo / Otro
<i>Pregunta N° 2: ¿Qué experiencia tiene usted en Instituciones prestadoras de servicios de salud materna?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta		<i>Opciones:</i> >2 / 3 a 5 / 6 a 15 / >16
Sección 3: Evaluación categorías relacionadas con la humanización del parto		Cantidad de Preguntas: 1
<i>Tipo de Pregunta:</i> Pregunta de estimación. <i>Opciones:</i> De 1 a 10.		
<i>Pregunta N° 1: Califíque la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto. ➤ Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto. ➤ Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros. ➤ La información dada a la materna antes de los tactos vaginales. ➤ Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros. ➤ Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros. 		

- Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución.
- Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.
- La relación, trato o comunicación con la pareja de la materna.
- La relación, trato o comunicación con la familia de la materna.
- La relación, trato o comunicación con el entorno del trabajo de la materna. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)
- El conocimiento que tiene la materna de lo que sucede durante el parto.
- Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.
- Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.
- Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.
- Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.
- La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.
- Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

Sección 4: Evaluación de la experiencia en la atención del parto

Cantidad de Preguntas: 2

Pregunta N° 1: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Pregunta N° 2: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Sección 5: Reafirmación del consentimiento informado

Cantidad de Preguntas: 1

Pregunta N° 1: De acuerdo al contenido del cuestionario ¿Confirma la participación en el estudio?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: SI / NO

Encuesta N°3. Personal directivo o de coordinación del servicio de ginecología y obstetricia del HUSI:

Link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Dpn32j-KnECbdipUdQmAAMf807NhWdpMkjsw_cp1Mr1UM0daQTNKRFN-TSIBHM04ySUgzMEdSTDRNQy4u



Sección 1: Consentimiento Informado		Cantidad de Preguntas: 1
<i>Pregunta N° 1: Consentimiento. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado. ¿Acepta el consentimiento informado?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada	<i>Opciones:</i> SI / NO	
Sección 2: Caracterización del rol dentro de la atención del parto		Cantidad de Preguntas: 13
<i>Pregunta N° 1: ¿Que perfil tiene usted en la institución?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Cerrada	<i>Opciones:</i> Gerente / Director Médico / Coordinador de servicios-Unidad /Jefe administrativo	
<i>Pregunta N° 2: ¿Su institución es?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta	<i>Opciones:</i> Privada / Pública / Mixta	
<i>Pregunta N° 3: ¿Su experiencia en Instituciones prestadoras de servicios de salud materno-perinatal es?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta	<i>Opciones:</i> <1 / 2-5 / 6-15 / >16	
<i>Pregunta N° 4: ¿Cuál es la relación de Auxiliares de Enfermería vs camas de atención al parto en su institución?:</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta con una opción abierta.	<i>Opciones:</i> 1 Auxiliar por cada 3 camas / 1 Auxiliar por cada 5 camas / 1 Auxiliar por cada 10 camas / Otra	
<i>Pregunta N° 5: ¿Cuál es la relación de Auxiliares de Enfermería vs camas de atención al parto en su institución?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A	
<i>Pregunta N° 6: ¿Cuál es la relación de Enfermeros profesionales vs camas de atención al parto en su institución?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta con una opción abierta.	<i>Opciones:</i> 1 Enfermero profesional por cada 5 camas / 1 enfermero profesional por cada 10 camas / 1 enfermero profesional por cada 15 camas / Otra	
<i>Pregunta N° 7: ¿Cuál es la relación de Enfermeros profesionales vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?</i>		
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A	
<i>Pregunta N° 8: ¿Cuál es la relación de Ginecólogos vs camas de atención al parto en su institución?:</i>		

<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta con una opción abierta.	<i>Opciones:</i> 1 Ginecólogo por cada 5 camas / 1 Ginecólogo por cada 10 camas / 1 Ginecólogo por cada 15 camas / Otra
<i>Pregunta N° 9:</i> ¿Cuál es la relación de ginecólogos vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?	
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A
<i>Pregunta N° 10:</i> ¿Cuál es la relación de Médicos generales vs camas de atención al parto en su institución?	
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta con una opción abierta.	<i>Opciones:</i> 1 Médico general por cada 5 camas / 1 Médico general por cada 10 camas / 1 Médico general por cada 15 camas / Otra
<i>Pregunta N° 11:</i> ¿Cuál es la relación de médicos generales vs camas de atención al parto que usted considera más adecuada para la gestión del riesgo?	
<i>Tipo de Pregunta:</i> Abierta	<i>Opciones:</i> N.A
<i>Pregunta N° 12:</i> ¿Cuál es el promedio de partos mensuales atendidos durante el último semestre en su institución?	
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta.	<i>Opciones:</i> <50 / 51 a 150 / 151 a 250 / >250
<i>Pregunta N° 13:</i> ¿Los usuarios que usted atiende en mayor proporción son del régimen?	
<i>Tipo de Pregunta:</i> Selección múltiple única respuesta y una opción abierta	<i>Opciones:</i> Contributivo / Subsidiado / Contributivo y subsidiado por igual / Especial o Excepción / Prepagada / Otra
Sección 3: Evaluación categorías relacionadas con la humanización del parto	Cantidad de Preguntas: 1
<p><i>Tipo de Pregunta:</i> Pregunta de estimación. <i>Opciones:</i> De 1 a 10. <i>Pregunta N° 1:</i> Califique la situación mencionada de 1 a 10 teniendo en cuenta que: 10 indica que la situación impacta totalmente la humanización, y 01 indica que la situación impacta en nada la humanización de la atención del parto. De acuerdo a lo anterior ¿Qué tanto afecta el siguiente aspecto la humanización de la atención del parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La documentación o papeleo que se genera en el proceso de atención del parto. • Ofrecer una atención similar a todas las maternas sin tener en cuenta sus particularidades. Ejemplo: No tener en cuenta la experiencia, necesidades o preferencias de la materna para la atención del parto. • Desarrollo de las actividades inherentes a la atención del parto. Ejemplo: Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del parto, aplicación de medicamentos, atención del puerperio, entre otros. • La información dada a la materna antes de los tactos vaginales. • Prácticas realizadas en la inducción del parto. Ejemplo: Uso de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros. • Acciones o intervenciones realizadas sobre el cuerpo de la materna. Ejemplo: Realizar presión o masajes en el abdomen, incisión quirúrgica en vagina, entre otros. • Comentarios o acciones explícitas sobre el comportamiento de la materna durante el parto por parte de personal de la institución. 	

- Responsabilizar a la materna de los desenlaces (positivos o negativos) que pueden ocurrir durante el parto.
- La relación, trato o comunicación con la pareja de la materna.
- La relación, trato o comunicación con la familia de la materna.
- La relación, trato o comunicación con el entorno del trabajo de la materna. Ejemplo: Compañeros de trabajo, jefe inmediato. (Si no es empleada no marcar)
- El conocimiento que tiene la materna de lo que sucede durante el parto.
- Realizar de manera mecánica y rutinaria actividades relacionadas con la atención del parto. Ejemplo: No tener en cuenta particularidades de la materna como antecedentes clínicos o de enfermedades previas.
- Comentarios realizados por el personal de la salud durante el proceso de parto.
- Procedimiento a la materna que se realizan sin informar los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.
- Percepción que tiene el personal de salud sobre el desempeño que debería tener la materna como protagonista del proceso de parto.
- La libertad de realizar posiciones específicas o maniobras durante el parto por parte de la materna, Ejemplos: cuclillas, sentadas, semi-sentadas, entre otras.
- Tener en cuenta los comentarios que realiza la materna durante la atención.

Sección 4: Evaluación de la experiencia en la atención del parto

Cantidad de Preguntas: 2

Pregunta N° 1: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Pregunta N° 2: ¿Considera usted que la experiencia en la atención del parto será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente, independiente de los años transcurridos y el número de partos?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: Totalmente de acuerdo / De acuerdo/ Ni de acuerdo Ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

Sección 5: Reafirmación del consentimiento informado

Cantidad de Preguntas: 1

Pregunta N° 1: De acuerdo al contenido del cuestionario ¿Confirma la participación en el estudio?

Tipo de Pregunta: Selección múltiple única respuesta

Opciones: SI / NO

Anexo 2 Carta de presentación Maestría Administración en Salud al HUSI



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Bogotá, febrero 03 de 2020

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
Ciudad

Estimados señores: En primer lugar, reciban un cordial saludo de la Comunidad Javeriana, extensivo para toda la organización.

Por este medio me permito a los estudiantes de la Maestría en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas: Natalia Marcela Torres Castro, identificada con C.C. 53.166.127 y Sergio Daniel Linares Venegas, identificado con C.C. 1.018.429.434, quienes se encuentran desarrollando el proyecto de investigación como trabajo de grado "Me cuidaron en el parto: modelo de atención humanizada con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica", el cual está bajo la dirección del doctor Atilio Moreno Carrillo MD, MSc. Docente de los Posgrados en Administración de Salud de esta Universidad.

En el proyecto a desarrollar, los estudiantes planean aplicar una encuesta en la que se mantendrá su privacidad y con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los participantes en las encuestas. Los archivos junto con información que sea consultada será manejada de manera confidencial, sólo los investigadores y el personal autorizado, como el Comité de Investigaciones de los Posgrados en Administración de Salud de la Universidad Javeriana, podrán revisar los archivos resultantes de este proyecto, únicamente con fines académicos.

Los resultados de este estudio podrían ser publicados, sin embargo, la información será presentada en conjunto con la de otros participantes; además, las publicaciones no incluirán el nombre de la Institución, ni la de sus participantes o ninguna otra información que permita identificarlas personalmente. Es importante señalar que, la información será manejada de manera confidencial y únicamente con fines académicos.

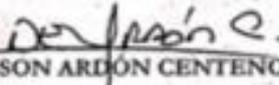


Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Por lo anterior, solicito su amable su colaboración para apoyar a los estudiantes en la recolección de información relacionada con el proyecto, con el propósito de establecer instrumentos que permitan prevenir el fenómeno de la Violencia Obstétrica durante la atención del parto.

Agradeciendo la atención prestada y la colaboración que le pueda brindar me despido de usted, Cualquier información adicional puede comunicarse conmigo al teléfono 320 8320 extensiones 5426 ó 5428.

Cordial saludo,


NELSON ARDÓN CENTENO
Director

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Posgrados en Administración de Salud
Carrera 7 No. 40B-36 Piso 8°. PBX: (57-1) 320 83 20 Ext.: 5104 – 3668. Bogotá, D.C., Colombia

Anexo 3 Aprobación proyecto comité de investigación y ética HUSI



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

21 de diciembre de 2020

FM-CIE-1277-20

Doctor
ATILIO MORENO CARRILLO
Investigador Principal
Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá

Ref. "Me cuidaron en el parto: Recomendaciones de atención humanizada con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica estudio de caso Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, agosto a diciembre 2020"
2020/288

Apreciado doctor Moreno.

Por medio de la presente le comunico que en la sesión ordinaria del 10/12/2020 **Nº de Acta (26/2020)**, el Comité de Investigaciones y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, analizó el proyecto, las respuestas realizadas a las observaciones y los cuestionarios con las modificaciones solicitadas en Acta No 23 del 22 de octubre de 2020 y **lo aprobó**. Se presentó toda la documentación necesaria para evaluar el estudio. Los miembros del equipo de investigación son idóneos para participar. El proyecto es pertinente y cumple con el rigor metodológico para este tipo de diseños. Las consideraciones éticas se adhieren a las normas nacionales e internacionales, permiten determinar que se realizará una selección justa de los sujetos y que se respetarán sus derechos y se tomarán las medidas que garanticen su seguridad y bienestar. La relación riesgo beneficio es favorable para los sujetos.

Así mismo, el CIEI evaluó la nueva versión del Formato de Consentimiento Informado, la cual refleja los cambios en el protocolo. El formato cumple con los criterios de validez de acuerdo con la norma local y, si bien, cuenta con un lenguaje técnico, éste es adaptado de acuerdo con los potenciales participantes. Por tanto, aprobó el FCI.

Las condiciones de aprobación son las siguientes:

1. Conducir el proyecto de acuerdo con el protocolo sometido y aprobado por el CIEI.
2. Enviar para revisión y aprobación las enmiendas del proyecto antes de implementarlo.
3. Notificar al CIEI cambios en los integrantes del equipo de investigación.
4. Notificar al Comité si el proyecto es discontinuado.
5. Entregar un informe de avance anual y el informe de cierre del estudio al programa de investigación segura investigacionsegura@husi.org.co
6. Recibir las monitorias y auditorias del programa de investigación segura en cualquier momento durante la conducción.
7. Notificar al Comité las desviaciones detectadas durante las monitorias y auditorias.
8. Si durante la conducción del estudio se identifican faltas a la integridad científica, éstas se deben notificar al programa de investigación segura mediante el siguiente enlace <https://redcap.husi.org.co/surveys/?s=7X9E1CMXAK>

Por favor tenga en cuenta que el no cumplir con estas condiciones de aprobación puede resultar en el retiro de la aprobación del proyecto.

Durante la reunión correspondiente a esta comunicación se encontraron presentes 13 de los 15 miembros del Comité.

Facultad de Medicina – Comité de Investigaciones y Ética

Hospital Universitario San Ignacio, Carrera 7ª Nº 40 – 62, Piso 2, Bogotá, Colombia, PBX (57-1) 3208320 Ext.2770 – 2879227,
Fax 2882284



- CARLOS GÓMEZ-RESTREPO**
Médico, Especialista en Psiquiatría, Magíster en Epidemiología Clínica, Doctorado en Salud Pública. Presidente.
- REINALDO GRUESO ANGULO**
Médico, Especialista en Anestesiología. Vocal.
- MARIO ALBERTO RIVERA ALVAREZ S. J.**
Miembro de la Compañía de Jesús. Comunicador social, Magister en Teología y Estudios sobre Religiones y Culturas. Vocal.
- JUAN GUILLERMO CATAÑO CATAÑO**
Médico, Especialista en Urología. Vocal.
- ÁNGEL ALBERTO GARCÍA PEÑA**
Médico, Especialista en Medicina Interna y Cardiología, Magister en Epidemiología Clínica. Vocal.
- SAÚL JAVIER RUGELES QUINTERO**
Médico, Especialista en Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva, Especialista en Metabolismo y Soporte Nutricional. Vocal.
- FERNANDO SUÁREZ OBANDO**
Médico, Especialista en Genética Clínica, Magister en Epidemiología Clínica, Especialista en Bioética. Vocal.
- ANDRÉS DUARTE OSORIO**
Médico, Especialista en Medicina Familiar, Magister en Epidemiología Clínica. Vocal.
- PABLO ASCHNER MONTOYA**
Médico, Especialista en Endocrinología, Magister en Epidemiología clínica. Vocal.
- MARÍA ELIZABETH GÓMEZ NEVA**
Enfermera, Magister en Epidemiología Clínica. Vocal.
- ÁLVARO DÁVILA LADRÓN DE GUEVARA**
Economista. Representante de la Comunidad. Vocal.
- DIANA LUCÍA MATALANA ESLAVA**
Psicóloga. Vocal.
- ADRIANA DEL PILAR BARBOSA CASTAÑO**
Abogada. Vocal.

"La aprobación de este proyecto por parte del CIEI no implica que la Pontificia Universidad Javeriana o el Hospital Universitario San Ignacio estén en la obligación de financiar los rubros descritos en el presupuesto".

Atentamente,



CARLOS GÓMEZ-RESTREPO, MD, PhD
Presidente Comité de Investigaciones y Ética

Copie: Archivo de Comité de Investigaciones y Ética

Anexo 4 Consentimiento informado aprobado comité de investigación y ética HUSI

Consentimiento Informado – ENCUESTA INDIVIDUAL APLICACIÓN FÍSICA

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si tiene alguna duda por favor infórmele a las personas encargadas del estudio, quienes con gusto lo ayudaran.

Título de la investigación: Me cuidaron en el parto: Recomendaciones de atención humanizada con énfasis en la prevención de la Violencia Obstétrica, estudio de caso en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá agosto a diciembre 2020

Persona a cargo del estudio: Sergio Daniel Linares-Natalia Marcela Torres

Dónde se va a desarrollar el estudio: En el Hospital Universitario San Ignacio ubicado en la Cra 7 No 40-62, en la ciudad de Bogotá, Colombia

Información General del Estudio de Investigación

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos e integridad de la mujer en el proceso de atención del parto lo que se traduce en un problema de calidad en la atención de salud; sin embargo, aunque en Colombia existe jurisprudencia para intervenir el fenómeno de la violencia obstétrica, se requiere legislación más robusta para atender la magnitud del fenómeno.

Por lo anterior se requiere estructurar buenas prácticas de atención para instituciones prestadoras de servicios de salud materna como el Hospital Universitario San Ignacio, que propende por brindar atención humanizada y digna en todos los servicios de salud donde la humanización sea el eje central y fundamental del sistema de salud, por lo anterior, los resultados de esta investigación pueden contribuir a sensibilizar, informar y generar un impacto significativo en el personal de la salud inmerso en la atención del parto, a través de una reflexión sobre las prácticas de violencia obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario y que contribuyen de forma negativa en la humanización de la atención.

De acuerdo a las categorías encontradas en el proyecto de investigación “Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto”, el propósito de esta investigación es describir la percepción de los diferentes roles de la atención del parto sobre el impacto de la violencia obstétrica en la humanización con el fin de generar recomendaciones al Hospital Universitario San Ignacio.

Teniendo en cuenta el objetivo anteriormente descrito, se aplicará una encuesta semi-estructurada que permita identificar las categorías de violencia obstétrica que más afectan la humanización en la atención del parto, de esta manera se construirán las recomendaciones que prevengan el fenómeno de la violencia obstétrica con el objeto de priorizar y prevenir las categorías que más afectan la humanización de acuerdo a la percepción de los diferentes roles dentro de la atención del parto

Plan de Estudio

La encuesta semiestructurada será aplicada a tres roles dentro de la atención del parto en el Hospital universitario San Ignacio, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Gestante, mujer en puerperio inmediato (primeras 24 horas después del parto), familiar o acompañante.
2. Personal asistencial que participa en la atención del parto (Ginecólogos, Médico General, Enfermero Profesional y Auxiliar de Enfermería)
3. Director o Coordinador de Ginecología o atención del parto

- Cuestionario N.º 1. Gestante, mujer en puerperio (menor a 6 meses de su último parto), familiar o acompañante:

Link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Dpn32j-KnECbdipUdQmAAAMf807NhWdpMkjsw_cp1Mr1UOTRMMzk5MEsXNk41NzfyTUhNU0VXSUXSTi4

9



La muestra será estimada de acuerdo a la población disponible por parte de la institución durante el tiempo que dure la etapa de recolección de datos. Posterior a la aplicación de la encuesta, en donde se busca priorizar las categorías de Violencia Obstétrica que más impacten la humanización de la atención del parto, se realiza un análisis de los diferentes resultados en cada una de las secciones evaluadas.

Beneficios de Participar en este Estudio

- Mejorar la calidad de la atención del parto.
- Generar recomendaciones que permitan mejorar la atención del parto con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica
- Lograr que los participantes en la investigación sean pioneros en la reflexión acerca de las prácticas inadecuadas en la institución de salud con relación a la atención del parto

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico por el hecho de participar en esta investigación. Sin embargo, recordar situaciones vividas de violencia obstétrica durante el proceso de parto puede generar sentimientos negativos o de nostalgia, por lo cual se le brindará información sobre posibles opciones de afrontamiento de estas experiencias, teniendo en cuenta que la verbalización de las mismas es una de ellas.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

- Durante la aplicación de los cuestionarios, se mantendrá su privacidad.
- Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial y sólo los investigadores y el personal autorizado de la institución participante, así como el Comité de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto.
- Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los participantes, por lo tanto, cada participante se identificará con el código que asigne el aplicativo.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados solo bajo el consentimiento del Hospital Universitario San Ignacio

Participación Voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ninguna consecuencia.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:

- Sergio Daniel Linares (Investigador) sdlinares@javeriana.edu.co-313 313 69 27
- Natalia Marcela Torres (Investigador) torres-natalia@javeriana.edu.co-310 800 9395
- Dr. Atilio Moreno Carrillo (Director Investigador) amoreno@husi.org.co - 5946161 Ext 2912.
- Presidente del Comité de Ética Institucional: Dr. Carlos Gómez Restrepo. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá D.C. Colombia. Teléfono: +57 (1) 2879222.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Firma de la Participante

Nombre de la Participante:

Documento de identidad:

Fecha:

Hora firma:



Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del Investigador
Nombre del Investigador:
Documento de identidad:
Fecha:
Hora firma:

Declaración de testigos:

Firma del Testigo 1.
Nombre del Testigo 1:
Documento de identidad:
Fecha:
Hora firma:

Firma del Testigo 2.
Nombre del Testigo 2:
Documento de identidad:
Fecha:
Hora firma:



Anexo 5 Consentimiento informado para la aplicación digital.

Consentimiento Informado

Consentimiento Informado – ENCUESTA INDIVIDUAL APLICACIÓN DIGITAL

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si tiene alguna duda por favor infórmelo a las personas encargadas del estudio, quienes con gusto lo ayudaran.

Título de la investigación: Me cuidaron en el parto: Recomendaciones de atención humanizada con énfasis en la prevención de la Violencia Obstétrica, estudio de caso en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá agosto a diciembre 2020

Persona a cargo del estudio: Sergio Daniel Linares-Natalia Marcela Torres

Dónde se va a desarrollar el estudio: En el Hospital Universitario San Ignacio ubicado en la Cra 7 No 40-62, en la ciudad de Bogotá, Colombia

Información General del Estudio de Investigación

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos e integridad de la mujer en el proceso de atención del parto lo que se traduce en un problema de calidad en la atención de salud; sin embargo, aunque en Colombia existe jurisprudencia para intervenir el fenómeno de la violencia obstétrica, se requiere legislación más robusta para atender la magnitud del fenómeno.

Por lo anterior se requiere estructurar buenas prácticas de atención para instituciones prestadoras de servicios de salud materna como el Hospital Universitario San Ignacio, que propende por brindar atención humanizada y digna en todos los servicios de salud donde la humanización sea el eje central y fundamental del sistema de salud, por lo anterior, los resultados de esta investigación pueden contribuir a sensibilizar, informar y generar un impacto significativo en el personal de la salud inmerso en la atención del parto, a través de una reflexión sobre las prácticas de violencia obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario y que contribuyen de forma negativa en la humanización de la atención.

De acuerdo a las categorías encontradas en el proyecto de investigación "Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto", el propósito de esta investigación es describir la percepción de los diferentes roles de la atención del parto sobre el impacto de la violencia obstétrica en la humanización con el fin de generar recomendaciones al Hospital Universitario San Ignacio.

Teniendo en cuenta el objetivo anteriormente descrito, se aplicará una encuesta semi-estructurada que permita identificar las categorías de violencia obstétrica que más afectan la humanización en la atención del parto, de esta manera se construirán las recomendaciones que prevengan el fenómeno de la violencia obstétrica con el objeto de priorizar y prevenir las categorías que más afectan la humanización de acuerdo a la percepción de los diferentes roles dentro de la atención del parto

Plan de Estudio

La encuesta semiestructurada será aplicada a tres roles dentro de la atención del parto en el Hospital universitario San Ignacio, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Gestante, mujer en puerperio inmediato (primeras 24 horas después del parto), familiar o acompañante.
2. Personal asistencial que participa en la atención del parto (Ginecólogos, Médico General, Enfermero Profesional y
3. Director o Coordinador de Ginecología o atención del parto

1. La muestra será estimada de acuerdo a la población disponible por parte de la institución durante el tiempo que dure la etapa de recolección de datos. Posterior a la aplicación de la encuesta, en donde se busca priorizar las categorías de Violencia Obstétrica que más impacten la humanización de la atención del parto, se realiza un análisis de los diferentes resultados en cada una de las secciones evaluadas.

Beneficios de Participar en este Estudio

- Mejorar la calidad de la atención del parto.
- Generar recomendaciones que permitan mejorar la atención del parto con énfasis en la prevención de la violencia obstétrica
- Lograr que los participantes en la investigación sean pioneros en la reflexión acerca de las prácticas inadecuadas en la institución de salud con relación a la atención del parto

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico por el hecho de participar en esta investigación. Sin embargo, recordar situaciones vividas de violencia obstétrica durante el proceso de parto puede generar sentimientos negativos o de nostalgia, por lo cual se le brindará información sobre posibles opciones de afrontamiento de estas experiencias, teniendo en cuenta que la verbalización de las mismas es una de ellas.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

- Durante la aplicación de los cuestionarios, se mantendrá su privacidad.
- Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial y sólo los investigadores y el personal autorizado de la institución participante, así como el Comité de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto.
- Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los participantes, por lo tanto, cada participante se identificará con el código que asigne el aplicativo.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados solo bajo el consentimiento del Hospital Universitario San Ignacio

Participación Voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ninguna consecuencia.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:

- Sergio Daniel Linares (Investigador) sdlinares@javeriana.edu.co-313 313 69 27
- Natalia Marcela Torres (Investigador) torres-natalia@javeriana.edu.co-310 800 9395
- Dr. Atilio Moreno Carrillo (Director Investigador) amoreno@husi.org.co - 5946161 Ext 2912.
- Presidente del Comité de Ética Institucional: Dr. Carlos Gómez Restrepo. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá D.C. Colombia. Teléfono: +57 (1) 2879222.

Escriba su respuesta

2. Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y he recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

¿Realizo la lectura del consentimiento informado? *

Selecciona la respuesta

13 INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Diseño específico de encuestas.	87
Anexo 2 Carta de presentación Maestría Administración en Salud al HUSI	102
Anexo 3 Aprobación proyecto comité de investigación y ética HUSI	104
Anexo 4 Consentimiento informado aprobado comité de investigación y ética HUSI.....	106
Anexo 5 Consentimiento informado para la aplicación digital.	109

14 INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Definición de categorías de violencia obstétrica</i>	13
Tabla 2. <i>Total de partos atendidos por semestre 2016-1 a 2020-1 HUSI</i>	15
Tabla 3. <i>Caracterización perfil participantes encuesta N°1.</i>	21
Tabla 4. <i>Cantidad de hijos por perfil en los participantes encuesta N°1.</i>	21
Tabla 5. <i>Nivel máximo alcanzado en los participantes encuesta N°1.</i>	21
Tabla 6. <i>Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°1</i>	33
Tabla 7. <i>Prueba chi-cuadrado entre la experiencia de la atención y el resultado de salud del recién nacido</i>	39
Tabla 8. <i>Análisis de fiabilidad encuesta N°1 preguntas sección 3.</i>	39
Tabla 9. <i>Análisis estadístico encuesta N°1 preguntas sección 3.</i>	40
Tabla 10. <i>Estadísticas resumen encuesta N°1 preguntas sección 3.</i>	40
Tabla 11. <i>Participantes encuesta N°2 por perfil.</i>	41
Tabla 12. <i>Participantes encuesta N°2 por experiencia.</i>	41
Tabla 13. <i>Percepción de los participantes encuesta N°2 en relación a la pregunta si la experiencia en la atención condiciona el deseo de tener un hijo en el futuro.</i>	49
Tabla 14. <i>Percepción de los participantes encuesta N°2 en relación a la pregunta si la experiencia en la atención será un momento que recuerde con claridad.</i>	49
Tabla 15. <i>Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°2.</i>	50
Tabla 16. <i>Análisis de fiabilidad encuesta N°2 preguntas sección 3.</i>	56
Tabla 17. <i>Análisis estadístico encuesta N°2 preguntas sección 3.</i>	56
Tabla 18. <i>Estadísticas resumen encuesta N°2 preguntas sección 3.</i>	57
Tabla 19. <i>Cantidad participantes encuesta N°3.</i>	57
Tabla 20. <i>Experiencia en servicios de salud materna de acuerdo al perfil participantes encuesta N°3.</i>	57
Tabla 21. <i>Análisis impacto de las categorías violencia obstétrica en la humanización encuesta N°3.</i>	66
Tabla 22. <i>Relación entre categorías y recomendaciones de acuerdo a su prioridad..</i>	78

15 INDICE DE GRÁFICAS

<i>Gráfico 1</i>	Distribución de estado civil de los participantes de la encuesta N°1.....	22
<i>Gráfico 2</i>	Distribución del lugar donde viven los participantes de la encuesta N°1.....	22
<i>Gráfico 3</i>	Distribución de edad de los participantes de la encuesta N°1	23
<i>Gráfico 4</i>	Distribución de edad en los perfiles participantes de la encuesta N°1	23
<i>Gráfico 5</i>	Distribución de edad en los niveles máximos de educación de los participantes de la encuesta N°1.....	24
<i>Gráfico 6</i>	Distribución de edad en el estado civil de los participantes de la encuesta N°1	24
<i>Gráfico 7</i>	Distribución de número de hijos en las maternas participantes.	25
<i>Gráfico 8</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación A sobre la humanización de la atención.....	26
<i>Gráfico 9</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación B sobre la humanización de la atención.....	26
<i>Gráfico 10</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación C sobre la humanización de la atención.	26
<i>Gráfico 11</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación D sobre la humanización de la atención.....	27
<i>Gráfico 12</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación E sobre la humanización de la atención.	27
<i>Gráfico 13</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación F sobre la humanización de la atención.	27
<i>Gráfico 14</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación G sobre la humanización de la atención.....	28
<i>Gráfico 15</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación H sobre la humanización de la atención.....	29
<i>Gráfico 16</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación I sobre la humanización de la atención.	29
<i>Gráfico 17</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación J sobre la humanización de la atención.	29
<i>Gráfico 18</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación K sobre la humanización de la atención.....	30
<i>Gráfico 19</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación L sobre la humanización de la atención.	30
<i>Gráfico 20</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.	30
<i>Gráfico 21</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.	31
<i>Gráfico 22</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación O sobre la humanización de la atención.....	31
<i>Gráfico 23</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación P sobre la humanización de la atención.	31

<i>Gráfico 24</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación Q sobre la humanización de la atención.....	32
<i>Gráfico 25</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación R sobre la humanización de la atención.	32
<i>Gráfico 26</i>	Distribución de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a si la experiencia en la atención condiciona el deseo de tener hijos en el futuro.	37
<i>Gráfico 27</i>	Distribución de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a si la experiencia en la atención será un momento que recuerde con claridad y que marque su vida positivamente.	38
<i>Gráfico 28</i>	Promedio de la percepción de los participantes encuesta N°1 con relación a la experiencia en la atención del parto.....	38
<i>Gráfico 29</i>	Distribución del estado de salud de acuerdo con los participantes N°1.	38
<i>Gráfico 30</i>	Distribución de las categorías de experiencia de los participantes de la encuesta N°2.	42
<i>Gráfico 31</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación A sobre la humanización de la atención.....	43
<i>Gráfico 32</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación B sobre la humanización de la atención.	43
<i>Gráfico 33</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación C sobre la humanización de la atención.....	43
<i>Gráfico 34</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación D sobre la humanización de la atención.....	44
<i>Gráfico 35</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación E sobre la humanización de la atención.	44
<i>Gráfico 36</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación F sobre la humanización de la atención.	44
<i>Gráfico 37</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación G sobre la humanización de la atención.....	45
<i>Gráfico 38</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación H sobre la humanización de la atención.....	45
<i>Gráfico 39</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°2 en relación con el impacto de la situación I sobre la humanización de la atención.	45
<i>Gráfico 40</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación J sobre la humanización de la atención.	46
<i>Gráfico 41</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación K sobre la humanización de la atención.....	46
<i>Gráfico 42</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación L sobre la humanización de la atención.	46
<i>Gráfico 43</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°1 en relación con el impacto de la situación M sobre la humanización de la atención.	47

<i>Gráfico 64</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación P sobre la humanización de la atención.	64
<i>Gráfico 65</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación Q sobre la humanización de la atención.....	65
<i>Gráfico 66</i>	Distribución de la percepción de los participantes de la encuesta N°3 en relación con el impacto de la situación R sobre la humanización de la atención.....	65
<i>Gráfico 67</i>	Consolidado promedio puntuaciones por perfil del impacto de las diferentes.....	67