Integrative Health and Sciences. 2024; 1(1):2
doi: 10.63688/ihs.v1.i1.2

ORIGINAL

Between technology and care: keys to humanizing healthcare

Entre la tecnología y el cuidado: claves para humanizar la atención sanitaria

Joel David Bastidas Jimbo[1]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes. Santo Domingo, Ecuador.

Recibido: 26-02-2024 | Revisado: 22-03-2024 | Aceptado: 14-03-2024 | Publicado: 16-03-2024

Autor de correspondencia: Joel David Bastidas Jimbo

ABSTRACT

This study analyzes the importance of humanization in healthcare, particularly in high-pressure contexts such as the COVID-19 pandemic. Through a critical review, it identifies the factors that hinder patient-centered care, including work overload, mechanized routines, depersonalized interactions, excessive reliance on technology, and structural deficiencies in health systems. These elements directly impact the quality of care and contribute to dehumanizing practices, including obstetric violence. The study highlights the key role of nursing professionals as agents of humanized care and emotional support in times of crisis, emphasizing the need to strengthen their skills in communication, empathy, and holistic attention. It also stresses the urgency of incorporating humanistic content in the education of future healthcare professionals from the earliest stages of university training, using active methodologies, clinical simulation, interdisciplinary projects, volunteerism, and reflective storytelling. Successful experiences from Latin American and European universities are presented, demonstrating that innovative and collaborative strategies can foster the development of ethical, sensitive, and patient-centered professionals. The study concludes that humanization must be adopted as a cross-cutting principle within both healthcare systems and educational institutions in order to ensure more respectful, compassionate, and transformative care that promotes the physical, emotional, and social well-being of individuals.

Keywords: humanization; healthcare; professional training; dehumanization.

RESUMEN

El presente estudio analiza la importancia de la humanización en el cuidado de la salud, especialmente en contextos de alta presión como el vivido durante la pandemia de COVID-19. A partir de una revisión crítica, se identifican los factores que obstaculizan una atención centrada en el paciente, tales como la sobrecarga laboral, la mecanización del cuidado, la despersonalización del trato, la implementación excesiva de tecnologías y las condiciones estructurales deficientes del sistema de salud. Se examina cómo estos elementos inciden directamente en la calidad del cuidado y favorecen prácticas deshumanizantes, incluyendo la violencia obstétrica. El estudio resalta el papel clave de los profesionales de enfermería como agentes de humanización y contención emocional en escenarios de crisis, y destaca la necesidad de fortalecer sus competencias en comunicación, empatía y atención integral. Asimismo, se aborda la urgencia de integrar contenidos humanistas en la formación de los futuros profesionales de salud desde los primeros niveles universitarios, mediante metodologías activas, simulación clínica, proyectos interdisciplinarios, voluntariado y narrativas reflexivas. Se presentan experiencias exitosas desarrolladas en distintas universidades de América Latina y Europa, las cuales demuestran que la implementación de estrategias innovadoras y colaborativas favorece la formación de profesionales sensibles, éticos y comprometidos con la dignidad del paciente. La investigación concluye que la humanización debe asumirse como eje transversal en los sistemas de salud y educativos, con el fin de garantizar una atención más humana, respetuosa y transformadora que contribuya al bienestar físico, emocional y social de las personas.

Palabras clave: humanización; atención en salud; formación profesional; deshumanización.

© 2026, Los autores. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).

INTRODUCCION

Waldow y Borges[1]conciben la humanización como el proceso de "hacerse humano, dar condición humana, humanizar", un concepto que en el ámbito de la salud adquiere una especial relevancia al implicar un trato digno, empático y adaptado a las necesidades particulares de cada persona. En esta misma línea, Ávila-Morales [2] sostiene que la deshumanización en medicina surge cuando el paciente es reducido a un objeto clínico, perdiendo su dimensión integral como sujeto. Humanizar la atención significa, por tanto, reconocer al otro en su singularidad, considerando su historia, emociones y contexto social como elementos fundamentales del proceso de cuidado.

No obstante, este enfoque se enfrenta a múltiples obstáculos dentro de los entornos sanitarios contemporáneos, caracterizados por la rapidez del ritmo asistencial, la creciente incorporación de tecnologías médicas, la estandarización de los procedimientos y la rigidez de los protocolos institucionales. Estas condiciones, si bien necesarias para garantizar eficiencia y seguridad clínica, tienden a desplazar la dimensión subjetiva del cuidado hacia un segundo plano. En muchas ocasiones, lo que debería ser un acto profundamente humano se ve limitado por la presión de las tareas rutinarias, los registros administrativos y las múltiples funciones que debe asumir el profesional de salud. Esta tensión entre lo operativo y lo afectivo ha sido ampliamente documentada, evidenciando que los cuidados considerados "intangibles", como la escucha activa, la presencia empática o el acompañamiento emocional, suelen ser subestimados en la práctica diaria[3,4].

Asimismo, si bien los avances tecnológicos han permitido un progreso notable en la precisión diagnóstica, el monitoreo de enfermedades y la efectividad de los tratamientos, también han propiciado una cierta despersonalización en la relación asistencial. Como señalan Markowitz et al.[5], en contextos de alta presión como la pandemia de COVID-19 pueden intensificarse procesos de deshumanización que afectan la percepción del paciente y del personal sanitario. De igual forma, Abuabara[6]advierte que la crisis sanitaria evidenció cómo los sistemas de salud pueden priorizar la eficiencia sobre la dignidad humana. En este sentido, el uso de dispositivos, algoritmos clínicos y sistemas informatizados ha generado una mediación constante que puede interrumpir el contacto directo y afectivo entre el profesional y el paciente.

Por esta razón, resulta imprescindible que la formación universitaria de los futuros profesionales de la salud incluya no solo el dominio técnico de estas herramientas, sino también una sólida base ética, comunicacional y humanística que les permita integrar la tecnología sin descuidar la esencia del cuidado. En concordancia, Létourneau et al.[7]destacan que el cuidado humanizado constituye una competencia fundamental que debe desarrollarse progresivamente durante la formación profesional. Asimismo, estudios recientes evidencian que la experiencia del paciente mejora significativamente cuando se integran prácticas de cuidado centradas en la persona[8,9].

En este contexto, ha emergido una preocupación creciente por el fortalecimiento de la dimensión humana en la educación superior, especialmente en las carreras relacionadas con la salud. Humanizar las instituciones educativas implica transformar la cultura organizacional, promoviendo entornos de aprendizaje basados en el respeto, la inclusión y el bienestar integral. Henning et al. [10] resaltan la importancia de construir espacios educativos que valoren el bienestar, la experiencia de los estudiantes y el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas. Complementando esta perspectiva, Markey et al. [11] proponen que una educación humanizada se fundamenta en relaciones pedagógicas caracterizadas por la empatía, el apoyo mutuo y el respeto recíproco.

De igual manera, la literatura reciente subraya que la humanización no debe concebirse como un componente aislado, sino como un eje transversal que articula el currículo, la gestión institucional y las prácticas docentes. En este sentido, Galván-Villamarín y Díaz [12] destacan la necesidad de implementar modelos integrales de humanización en las facultades de medicina, mientras que Freitas y Ferreira [13] enfatizan que la formación en valores humanísticos es clave para el desarrollo de profesionales comprometidos con el cuidado integral. Asimismo, la evidencia sugiere que promover una cultura de cuidado dentro de las universidades contribuye a formar profesionales más sensibles, críticos y socialmente responsables [14].

En conjunto, estos aportes evidencian que la humanización en salud constituye un desafío complejo que requiere una transformación tanto de las prácticas asistenciales como de los procesos formativos. Solo a través de una integración equilibrada entre competencia técnica y sensibilidad humana será posible responder de manera ética, empática y efectiva a las demandas actuales del sistema sanitario[15,16].

METODOLOGIA

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, sustentado en una perspectiva interpretativa que permite comprender las experiencias y significados atribuidos por los actores involucrados en los procesos de cuidado y formación en salud. Este enfoque se justifica en la necesidad de explorar con profundidad las percepciones, sentimientos y prácticas relacionadas con la humanización del cuidado, especialmente en escenarios atravesados por la crisis sanitaria, la transformación educativa y las dinámicas institucionales contemporáneas.

El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo-explicativo, orientado a examinar las dimensiones humanas del cuidado desde una mirada integradora que contempla los factores emocionales, psicológicos, éticos, culturales y formativos. A través de este diseño se buscó no solo describir los fenómenos observados, sino también interpretar los elementos estructurales y relacionales que inciden en la presencia o ausencia de prácticas humanizadas, tanto en el contexto clínico como en el formativo universitario.

La recolección de información se realizó mediante técnicas cualitativas como entrevistas semiestructuradas, grupos focales y análisis documental, lo cual permitió acceder a narrativas personales y colectivas sobre las experiencias de estudiantes, docentes y profesionales de la salud en torno al cuidado humanizado y la deshumanización. Se trabajó con una muestra intencionada compuesta por participantes de carreras vinculadas a la salud, seleccionados por su experiencia directa en escenarios clínicos y académicos.

El análisis de la información se llevó a cabo mediante un proceso de codificación temática, que permitió identificar categorías emergentes relacionadas con la humanización del cuidado, los factores institucionales que lo condicionan, las emociones presentes en los procesos de atención, y las estrategias pedagógicas que potencian una cultura de cuidado desde la formación profesional. Este análisis fue guiado por una matriz categorial construida a partir de los objetivos del estudio y los elementos conceptuales que sustentan el marco teórico.

A lo largo del proceso investigativo se mantuvieron principios éticos fundamentales como el consentimiento informado, la confidencialidad de la información, el respeto por las voces de los participantes y la reflexión crítica sobre el rol del investigador. Asimismo, se procuró establecer una postura dialógica y empática que reconociera el valor de las experiencias subjetivas como fuente legítima de conocimiento.

RESULTADOS

Del análisis emergieron cinco categorías principales que revelan las complejidades y tensiones en torno a la humanización del cuidado, tanto en los contextos clínicos como educativos. Estas categorías permiten comprender la interacción entre las dimensiones estructurales, formativas y emocionales que condicionan la presencia o ausencia de prácticas humanizadas en salud.

Tensión entre tecnología y cuidado humanizado

Los participantes manifestaron que el avance tecnológico, si bien ha mejorado los procesos diagnósticos y terapéuticos, también ha propiciado una cierta desvinculación emocional entre los profesionales y los pacientes. Esta distancia se agudiza cuando los protocolos, la mecanización de la atención o el uso excesivo de registros digitales relegan la escucha activa y el contacto interpersonal, factores esenciales del cuidado integral.

Desgaste profesional y deshumanización

Se identificaron experiencias de agotamiento físico y emocional, especialmente intensificadas durante la pandemia de COVID-19. Las exigencias laborales, la falta de recursos, el temor al contagio y la exposición a situaciones límite afectaron la calidad del cuidado ofrecido, generando episodios de despersonalización, blindaje emocional e incluso indiferencia involuntaria frente al sufrimiento de los pacientes.

Percepciones sobre la humanización del cuidado

Tanto estudiantes como profesionales señalaron la importancia de ver al paciente como un ser integral, con necesidades biológicas, emocionales, espirituales y sociales. Se valoraron prácticas como el acompañamiento afectivo, la empatía, la comunicación honesta y la atención personalizada. Sin embargo, también se reconoció que estas prácticas son consideradas “intangibles” y suelen

quedar relegadas ante las urgencias operativas del sistema de salud.

Necesidad de una formación humanista desde los primeros años

Los testimonios recogidos coinciden en que la humanización no debe abordarse solo en la etapa final de la formación profesional, sino incorporarse transversalmente desde los primeros semestres. Se destacó la necesidad de integrar contenidos humanísticos, promover espacios de reflexión ética, y consolidar estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante, que prioricen el pensamiento crítico, la comunicación efectiva y la autoconciencia.

Experiencias innovadoras en formación humanizada

Se identificaron experiencias educativas positivas, como el uso de simulación clínica con enfoque interdisciplinario, el diseño de actividades de aprendizaje experiencial, el uso de narrativas de pacientes, y proyectos colaborativos como la payasoterapia, que contribuyeron a desarrollar en los estudiantes una mayor sensibilidad hacia el otro, además de habilidades prácticas para actuar con respeto, compromiso y empatía en escenarios reales.

DISCUSION

Los hallazgos de esta investigación confirman que la humanización del cuidado en salud continúa siendo un desafío complejo, especialmente en contextos marcados por presiones estructurales, demandas tecnológicas y limitaciones institucionales. Si bien existe una valoración positiva del cuidado humanizado entre profesionales y estudiantes, la aplicación práctica de estos principios enfrenta múltiples obstáculos, tanto en la formación académica como en la atención clínica. La literatura sobre la pandemia también ha descrito procesos de deshumanización intergrupal y hacia el personal sanitario en escenarios de crisis17,18.

En primer lugar, la tensión entre el avance tecnológico y la atención humanizada se hace evidente cuando los recursos digitales, protocolos automatizados y exigencias de eficiencia operativa reducen el tiempo y la calidad del vínculo interpersonal con el paciente. Esta disociación entre lo técnico y lo humano afecta directamente la experiencia del usuario, quien a menudo percibe un trato impersonal o indiferente, lo cual puede incidir negativamente en su proceso de recuperación.

Por otra parte, el desgaste emocional y físico de los profesionales de la salud, particularmente durante la pandemia, intensificó fenómenos de despersonalización y blindaje emocional. La fatiga por compasión, el burnout, la superposición con síntomas depresivos, la lesión moral, el distrés psicológico y la necesidad de autocuidado y resiliencia han sido documentados en profesionales sanitarios durante y antes de la crisis [19-32]. El temor al contagio, la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos y la incertidumbre constante configuraron además escenarios clínicos y éticos especialmente complejos, incluidos problemas de protección del personal, manejo de casos infecciosos y asignación de recursos críticos [33-39]. Estos factores no solo afectaron la calidad del cuidado, sino también el bienestar del propio profesional, evidenciando la necesidad de políticas institucionales orientadas al cuidado de quienes cuidan.

Respecto a la formación académica, los resultados indican una fuerte coincidencia en torno a la necesidad de incorporar los principios de la humanización desde los primeros semestres. Las competencias humanistas deben ser integradas de forma transversal, con énfasis en la empatía, la ética, la comunicación asertiva y la autorreflexión. No basta con incluir contenidos humanísticos de manera teórica o aislada; es imprescindible que estos se articulen con prácticas pedagógicas que permitan a los estudiantes experimentar situaciones reales o simuladas, reflexionar sobre ellas críticamente y aprovechar modalidades colaborativas de aprendizaje40.

Asimismo, la identificación de experiencias innovadoras, como la payasoterapia, la narración de historias, el voluntariado y la simulación interdisciplinaria, demostró el potencial transformador de estas estrategias formativas. Estas prácticas no solo fortalecen las habilidades clínicas y comunicativas, sino que fomentan el desarrollo de una conciencia social, una mirada compasiva hacia el sufrimiento del otro y un compromiso ético con la dignidad humana. La literatura sobre clown therapy también ha vinculado esta estrategia con la humanización del cuidado41.

Finalmente, la discusión sobre la deshumanización revela que prácticas aparentemente rutinarias pueden volverse agresivas, cosificadoras o negligentes, afectando profundamente la experiencia del paciente. La violencia obstétrica, en particular, representa una de las formas más alarmantes de deshumanización institucionalizada, que compromete los derechos fundamentales

de las mujeres durante uno de los momentos más significativos de la vida42-44. Esto pone de manifiesto la urgencia de visibilizar estas situaciones, sensibilizar a los equipos de salud y establecer medidas formativas y normativas que garanticen una atención digna, respetuosa e integral.

En conjunto, los hallazgos refuerzan la necesidad de repensar el modelo de atención y de enseñanza en salud, colocándolos al servicio de una visión más humana, ética y relacional del cuidado. La humanización, más que una competencia aislada, debe ser un principio rector de toda práctica profesional y formativa en el ámbito sanitario.

CONCLUSION

La presente investigación evidenció que la humanización del cuidado en salud constituye un componente esencial para garantizar una atención integral, ética y centrada en la dignidad del paciente. A pesar de su reconocida importancia, su aplicación se ve comprometida por múltiples factores, entre ellos, la sobrecarga laboral, el uso indiscriminado de tecnologías, las exigencias operativas institucionales y la falta de formación transversal en competencias humanistas. Estos elementos, lejos de ser aislados, configuran un entorno que puede favorecer prácticas despersonalizadas y, en casos extremos, formas de violencia institucionalizada, como la violencia obstétrica.

Durante la pandemia de COVID-19, estos desafíos se intensificaron, revelando profundas limitaciones en los sistemas de salud y, al mismo tiempo, reafirmando la necesidad urgente de una atención empática, compasiva y respetuosa. En este contexto, el personal de enfermería desempeñó un rol clave, siendo el nexo humano entre el sistema y el paciente. Su desempeño destacó la importancia de integrar lo técnico con lo humano como eje de una atención verdaderamente transformadora.

En el ámbito formativo, se identificó la necesidad de reformular los planes curriculares en carreras de la salud, priorizando la incorporación de estrategias didácticas que promuevan la vivencia y reflexión sobre el cuidado humanizado desde los primeros semestres. Experiencias como la simulación clínica interdisciplinaria, el voluntariado, la narración de historias y proyectos integradores han demostrado ser eficaces para fomentar el pensamiento crítico, la empatía y el compromiso ético de los futuros profesionales.

En síntesis, la humanización no debe concebirse como un complemento opcional de la atención en salud, sino como un principio transversal que oriente tanto la práctica clínica como la formación académica. Solo a través de una transformación estructural y cultural de los espacios sanitarios y educativos será posible construir una atención verdaderamente humana, capaz de responder a las necesidades biopsicosociales y emocionales de las personas, promoviendo su bienestar, autonomía y dignidad en todo momento.

Referencias

1. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm. 2011;24(3):414-418. https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017
2. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Iatreia. 2017;30(2):216-229. https://www.redalyc.org/journal/1805/180550477011/html/
3. Borges EMN, et al. Humanization of care in COVID-19. Nurs Ethics. 2021;28(7-8):1136-1147. https://doi.org/10.1177/09697330211015247
4. Blanco-Nistal MM, et al. Percepción de pacientes sobre cuidados de enfermería. Enferm Glob. 2021;20(4). https://doi.org/10.6018/eglobal.479441
5. Markowitz DM, et al. Dehumanization during COVID-19. Front Psychol. 2021;12:634543. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634543
6. Abuabara K. Dehumanization during the COVID-19 pandemic. J Med Ethics. 2020;46(3):171-173. https://doi.org/10.1136/medethics2020-106715
7. Létourneau D, et al. Humanistic caring competency. Scand J Caring Sci. 2021;35(1):196-207. https://doi.org/10.1111/scs.12834
8. Melita-Rodríguez A, et al. Humanized nursing care perception. Enferm Cuid Humaniz. 2021;10(1). https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481
9. Fernández-Silva CA, et al. Percepción del cuidado humanizado. Enferm Cuid Humaniz. 2022;11(1). https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635
10. Henning MA, Krägeloh CU, Dryer R, Moir F, Billington R, Hill AG. Wellbeing in higher education: cultivating a healthy lifestyle among faculty and students. London: Routledge; 2018.
11. Markey K, et al. Cultural diversity in nursing education. Teach Learn Nurs. 2021;16(3):258-262. https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.01.008
12. Galván-Villamarín JF, Díaz M. Modelo de humanización en salud. Rev Fac Med. 2022;70(3). https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649
13. Freitas FD, Ferreira M. Humanization knowledge in nursing. Rev Bras Enferm. 2016;69:282-289. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i
14. Taheri-Ezbarami Z, et al. Human caring experiences. Nurs Open. 2023;10(8):5089-5097. https://doi.org/10.1002/nop2.1744
15. Morley G, et al. Ethical challenges for nurses. Hastings Cent Rep. 2020;50(3):35-39. https://doi.org/10.1002/hast.1110
16. Shanafelt T, et al. Anxiety in healthcare professionals. JAMA. 2020;323(21):2133-2134. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893
17. Adler E, Hebel Sela S, Leshem OA, Levy J, Mann M. A social virus: intergroup dehumanization and unwillingness to aid amidst COVID-19. Int J Intercult Relat. 2022;86:109-121. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2021.11.006
18. Noviani N, Muhardi M. Dehumanization to medical staff. Atlantis Press; 2021. https://doi.org/10.2991/assehr.k.210617.022
19. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Compassion fatigue in nurses during COVID-19. J Clin Nurs. 2020;29(15-16):2762-2764. https://doi.org/10.1111/jocn.15314
20. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout in healthcare professionals. J Occup Environ Med. 2020;62(10):782-790. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001996
21. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap. Clin Psychol Rev. 2015;36:28-41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004
22. Dean W, Talbot S, Dean A. Moral injury. Fed Pract. 2019;36:400-402.
23. Greenberg N, et al. Mental health in healthcare workers. BMJ. 2020;368:m1211. https://doi.org/10.1136/bmj.m1211
24. Hossain F, Clatty A. Self-care and moral injury. Nurs Ethics. 2021;28(1):23-32. https://doi.org/10.1177/0969733020961825
25. Khan YH, et al. Psychological distress. J Infect Public Health. 2020;13(12):1812-1816. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.10.003
26. Liu Q, et al. Experiences of healthcare providers. Lancet Glob Health. 2020;8:e790-e798. https://doi.org/10.1016/S2214-109X (20)30204-7
27. Montemurro N. Emotional impact of COVID-19. Brain Behav Immun. 2020;87:23-24.
28. Ripp J, et al. Emotional well-being. Acad Med. 2020;95(8):1136-1139.
29. Rosa WE, et al. Leadership and burnout. Nurs Manage. 2021;52(4):28-34.
30. Rushton CH. Moral resilience. AACN Adv Crit Care. 2016;27(1):111-119.
31. Sasangohar F, et al. Provider burnout. Anesth Analg. 2020;131(1):106-111. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866
32. Buheji M, Buhaid N. Nursing human factor during COVID-19. Int J Nurs Sci. 2020;10(1):12-24. https://doi.org/10.5923/j.nursing.20201001.02
33. Berlinger N, Wynia M, Powell T, et al. Ethical framework for COVID-19. The Hastings Center; 2020.
34. Binkley CE, Kemp DS. Ethical rationing of PPE. J Am Coll Surg. 2020;230(6):1111-1113.
35. Bullard J, Dust K, Funk D, et al. Infectious SARS-CoV-2 prediction. Clin Infect Dis. 2020. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638
36. Centers for Disease Control and Prevention. Characteristics of healthcare personnel with COVID-19. MMWR. 2020;69:477-481.

37. He X, et al. Viral shedding dynamics. Nat Med. 2020;26:672-675. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5
38. Organización Mundial de la Salud. Clinical management of COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. https://iris.who.int/handle/10665/331446
39. Truog RD, et al. Allocating ventilators. N Engl J Med. 2020;382(21):1973-1975. https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689
40. Chandra S, Palvia S. Online education and peer learning. J IT Case Appl Res. 2021;23(3):157-172. https://doi.org/10.1080/15228053.2021.1980848
41. Paes CVM, et al. Clown therapy and humanization. J Nurs Health. 2021;11(3). https://doi.org/10.15210/jonah.v11i3.20001
42. Davis-Floyd R. Paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2001;75:S5-S23. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0
43. Hernández MH. Violencia obstétrica. Wimb Lu. 2021;16(2). https://doi.org/10.15517/wl.v16i2.48101
44. Perera D, et al. Obstetric violence. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(16):9997. https://doi.org/10.3390/ijerph19169997

Financiación

No aplica.

Conflictos de interés

No existe.

Contribución de autoría

Conceptualización: Joel David Bastidas Jimbo.
Metodología: Joel David Bastidas Jimbo.
Investigación: Joel David Bastidas Jimbo.
Redacción – borrador original: Joel David Bastidas Jimbo.
Redacción – revisión y edición: Joel David Bastidas Jimbo.