

**Humanización del parto en Colombia: Avances legislativos, protocolos modernos y desafíos
en su implementación**

Andrea Silvana Martínez Alarcón

Brandon David Lindarte Uribe

Asesor

Alexander León Puello

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2026

Resumen

La humanización del parto en Colombia constituye un eje fundamental para garantizar una atención materno-perinatal centrada en la dignidad, la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. A pesar de los avances normativos, persisten prácticas deshumanizantes asociadas a la medicalización excesiva, la falta de consentimiento informado y el trato inadecuado durante el trabajo de parto. Esta monografía analiza de manera integral los factores que influyen en la prestación de servicios obstétricos humanizados, considerando dimensiones legislativas, institucionales y socioculturales relevantes para el año 2025.

Para ello, se realiza una revisión documental de guías, lineamientos nacionales y evidencia científica reciente, evaluando el impacto de leyes como la 2244 de 2022 y la 2433 de 2024 en la calidad de la atención. Asimismo, se examinan experiencias institucionales que han incorporado protocolos orientados al acompañamiento continuo, reducción de intervenciones innecesarias y respeto por la autonomía femenina. A partir de los hallazgos, se formulan recomendaciones dirigidas a mejorar la capacitación del personal de salud, fortalecer la infraestructura y promover el empoderamiento de las gestantes.

Este estudio resulta relevante en el contexto de la persistencia de violencia obstétrica y la desigualdad territorial en la atención, aportando insumos para la formulación de políticas públicas que promuevan prácticas más humanizadas y equitativas en el país.

Palabras clave: Humanización, Parto, Salud Materna, Legislación, Violencia Obstétrica

Abstract

The humanization of childbirth in Colombia is a fundamental pillar for guaranteeing maternal and perinatal care centered on the dignity, autonomy, and sexual and reproductive rights of women. Despite regulatory advances, dehumanizing practices persist, associated with excessive medicalization, lack of informed consent, and inadequate treatment during labor. This monograph comprehensively analyzes the factors influencing the provision of humanized obstetric services, considering relevant legislative, institutional, and sociocultural dimensions for the year 2025. To this end, a documentary review of guidelines, national directives, and recent scientific evidence is conducted, evaluating the impact of laws such as Law 2244 of 2022 and Law 2433 of 2024 on the quality of care. Institutional experiences that have incorporated protocols focused on continuous support, reducing unnecessary interventions, and respecting women's autonomy are also examined. Based on the findings, recommendations are formulated to improve the training of healthcare personnel, strengthen infrastructure, and promote the empowerment of pregnant women.

This study is relevant in the context of persistent obstetric violence and territorial inequality in care, providing input for the formulation of public policies that promote more humanized and equitable practices in the country.

Keywords: Humanization, Childbirth, Maternal Health, Legislation, Obstetric Violence

Tabla de Contenido

Introducción	9
Planteamiento del Problema	11
Justificación	14
Objetivos	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos	17
Marco Conceptual.....	18
Parto Humanizado	18
Violencia Obstétrica	18
Medicalización del Parto	19
Calidad de la Atención Materno-Perinatal	20
Brecha Normativa-Implementación	22
Autonomía y Consentimiento Informado	22
Derechos Sexuales y Reproductivos.....	22
Marco Referencial.....	24
Antecedentes de la Investigación	24
Violencia Obstétrica y Maltrato Durante El Parto.....	25
Avances Normativos y Políticas Públicas	26
Experiencias de Parto Humanizado e Indicadores de Calidad	27
Marco Teórico.....	29
Evolución Conceptual de la Humanización del Parto	29
Marco Legal	33

Articulación Entre Modelos Teóricos, Problema y Objetivos de Investigación	34
Metodología	36
Revisión de Literatura.....	39
Marco Legislativo y Normativo Sobre la Humanización del Parto en Colombia	39
Evolución Normativa de la Humanización del Parto en Colombia.....	39
Avances Institucionales y Retos en la Aplicación Normativa.....	41
Modelos, Estrategias y Protocolos de Atención Humanizada	43
Modelos Teóricos que Sustentan la Atención Humanizada	43
Estrategias y Prácticas Clínicas de Atención Humanizada.....	45
Acompañamiento Continuo	46
Contacto Piel a Piel Inmediato	46
Pinzamiento Tardío del Cordón Umbilical.....	46
Eliminación de Intervenciones Innecesarias.....	46
Uso Restringido de la Episiotomía	46
Posiciones Libres Durante el Parto.....	46
Ambientes Humanizados	46
Participación de las Entidades Territoriales en la Implementación del Parto Humanizado	47
Experiencias Institucionales y Resultados Observados.....	48
Impacto de los Avances Legislativos y Protocolos en la Calidad de la Atención Materno- Perinatal	49
Impacto de los Avances Legislativos en la Atención Materno-Perinatal	50
Evaluación Institucional de la Calidad de la Atención.....	51
Perspectiva de las Usuarias Sobre la Calidad de la Atención.....	52

Indicadores de Calidad Materno-Perinatal Asociados a la Humanización del Parto	53
Barreras y Desafíos en la Implementación de la Humanización del Parto.....	54
Barreras Institucionales	55
Limitaciones de Infraestructura	56
Recursos Insuficientes	56
Carga Administrativa y Burocrática	56
Barreras Profesionales	56
Estrategias Para Superar Barreras y Desafíos.....	58
Discusión.....	61
Conclusiones	65
Recomendaciones	68
Referencias Bibliográficas	70
Apéndices.....	76

Lista de Tablas**Tabla 1** *Impacto Observado de la Humanización del Parto en Indicadores Materno –**Perinatales* 53

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Matriz de Artículos</i>	76
Apéndice B <i>Continuación de la Matriz de Artículos</i>	77
Apéndice C <i>Continuación de la Matriz de Artículos</i>	78

Introducción

En los últimos años, la humanización del parto se ha consolidado como un enfoque prioritario en la atención materno-perinatal, al reconocer la importancia del respeto por la autonomía, la dignidad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de nacimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). A pesar de los avances científicos y tecnológicos que han fortalecido la seguridad obstétrica, persisten prácticas deshumanizantes que vulneran la experiencia materna y afectan su bienestar físico y emocional (Rodríguez et al., 2021). En este sentido, organismos internacionales como la OMS han promovido modelos de atención centrados en la mujer, basados en la reducción de intervenciones necesarias y la participación activa de la gestante en las decisiones clínicas (OMS, 2018).

En Colombia, el marco legislativo ha evolucionado con la promulgación de normativas orientadas a garantizar una atención digna y respetuosa durante el parto (Congreso de la República de Colombia, 2018). Sin embargo, la aplicación práctica de estos lineamientos continúa enfrentando desafíos estructurales, institucionales y socioculturales que dificultan su implementación efectiva en los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Esta problemática se manifiesta especialmente en instituciones con limitaciones de recursos, deficiencias en infraestructura y brechas formativas en el talento humano en salud, así como en regiones rurales donde las desigualdades de acceso persisten (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La presente monografía tiene como propósito analizar la influencia de los avances legislativos y la implementación de protocolos de humanización del parto en Colombia, evaluando su impacto en la calidad de la atención materno-perinatal y reconociendo los retos que aún permanecen. Para ello, se desarrolla una revisión teórica y normativa que permite

comprender el fenómeno desde una perspectiva multidimensional, identificando prácticas clínicas, indicadores de calidad, percepciones de las usuarias y barreras institucionales (Rodríguez et al., 2021).

A partir de este análisis, se busca aportar a la reflexión académica y profesional sobre la necesidad de promover modelos de atención más respetuosos, equitativos y empáticos, que garanticen la seguridad clínica sin descuidar los componentes emocionales y humanos del nacimiento. De este modo, se espera contribuir al fortalecimiento de políticas públicas, a la sensibilización del personal sanitario y a la dignificación de la experiencia materna en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Planteamiento del Problema

El parto, como proceso fisiológico y social, debería desarrollarse bajo principios de dignidad, respeto y autonomía de la mujer. No obstante, a nivel mundial y en Colombia persisten prácticas deshumanizantes que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las gestantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la violencia obstétrica como una forma de maltrato institucional que se expresa mediante trato irrespetuoso, procedimientos sin consentimiento informado y limitaciones a la autonomía corporal, afectando de manera significativa la experiencia del nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018). Sin embargo, la existencia de marcos normativos no ha garantizado la transformación efectiva de las prácticas obstétricas, lo que evidencia una brecha estructural entre la regulación sanitaria y su implementación institucional.

En el contexto colombiano, pese a los avances normativos como la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2433 de 2024, orientadas a garantizar el acompañamiento y promover prácticas de parto humanizado, subsiste una brecha importante entre la regulación y su aplicación efectiva (Congreso de la República de Colombia, 2022; Congreso de la República de Colombia, 2024).

Reportes institucionales indican que una proporción relevante de mujeres continúa experimentando conductas asociadas a violencia obstétrica y que menos de la mitad de las instituciones de salud cuentan con protocolos formalmente adoptados para la humanización del parto, lo que evidencia debilidades en la implementación de estas políticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Este impacto no se limita a la existencia de lineamientos formales, sino que se expresa en múltiples dimensiones de la calidad de la atención, incluyendo la experiencia de las usuarias, las

prácticas clínicas, el respeto por los derechos reproductivos y la transformación de la cultura organizacional de los servicios obstétricos.

Esta problemática se agrava en contextos rurales y de frontera, donde las desigualdades estructurales limitan el acceso a una atención materna de calidad y se mantiene un modelo de atención altamente medicalizado que prioriza la intervención clínica sobre la vivencia integral del proceso de parto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). La persistencia de estas prácticas tiene repercusiones negativas en el bienestar físico y emocional de las mujeres y en la confianza hacia los servicios de salud.

En este escenario, la humanización del parto se configura como un desafío estructural para el sistema de salud colombiano, al requerir no solo marcos normativos adecuados, sino también cambios institucionales, culturales y profesionales que garanticen su cumplimiento efectivo (Organización Mundial de la Salud, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

A pesar del fortalecimiento progresivo del marco normativo, persiste una limitada evidencia sistemática sobre el grado real de implementación de estas disposiciones y su impacto efectivo en la calidad de la atención materno-perinatal. La existencia de normas no garantiza por sí misma la transformación de las prácticas clínicas ni la adopción de modelos organizacionales centrados en la mujer, lo que plantea un problema de gobernanza sanitaria, cumplimiento institucional y gestión de la calidad en los servicios obstétricos.

En este contexto, resulta necesario analizar no solo el contenido de la regulación, sino también los factores que condicionan su aplicación efectiva y explican la persistencia de prácticas deshumanizadas en el sistema de salud colombiano, por lo que emerge la pregunta: ¿Qué evidencia documental existe sobre el impacto de los avances legislativos en la

humanización del parto en Colombia y qué factores explican las brechas entre el marco normativo y su implementación institucional?

Justificación

El estudio sobre la humanización del parto en Colombia responde a la necesidad de analizar cómo las transformaciones normativas y los avances en los protocolos clínicos se reflejan o no en las prácticas obstétricas cotidianas dentro del sistema de salud. La violencia obstétrica y el parto deshumanizado constituyen no solo un problema ético, sino también un factor determinante en la morbilidad materna y neonatal, afectando la experiencia de parto y la salud física y emocional de las mujeres y sus familias (León, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2018).

A pesar del desarrollo progresivo de marcos normativos orientados a la humanización del parto, en Colombia persiste una limitada evidencia sistemática sobre el grado real de implementación de estas disposiciones y su impacto efectivo en la calidad de la atención materno-perinatal. La literatura nacional se ha centrado principalmente en la descripción de la violencia obstétrica o en la formulación de lineamientos técnicos, pero son escasos los estudios que analizan de manera integrada la relación entre regulación, implementación institucional y resultados en la práctica clínica. En este sentido, resulta necesario examinar no solo el contenido de las normas, sino también los factores que condicionan su aplicación y las brechas existentes entre el marco regulatorio y la experiencia real de atención.

En este contexto, el análisis documental crítico constituye una estrategia metodológica pertinente para examinar la coherencia entre el desarrollo normativo, la producción científica y los reportes institucionales disponibles, permitiendo identificar patrones de implementación, vacíos de evidencia y tendencias en la adopción de modelos de atención humanizados en el país.

Desde el punto de vista teórico y académico, este trabajo busca aportar un análisis crítico de la literatura y de la normatividad vigente sobre la manera en que las políticas públicas y los

marcos normativos inciden en la adopción de modelos de atención humanizados. Analizar los avances legislativos, los protocolos modernos y los desafíos en su implementación permitirá llenar vacíos existentes en la literatura nacional respecto al cumplimiento efectivo de las normas, la formación del talento humano en salud y la percepción de las usuarias frente al trato recibido durante el parto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2018). Asimismo, este análisis resulta relevante para el campo de la gerencia y auditoría de la calidad en salud, al aportar elementos para la evaluación del cumplimiento normativo, la mejora de procesos asistenciales y la implementación de modelos organizacionales centrados en la mujer dentro de los servicios obstétricos.

Por otro lado, se espera contribuir a la construcción de un enfoque interdisciplinario que articule las perspectivas médicas, éticas, culturales y de derechos humanos en el estudio del proceso de nacimiento. Por ejemplo, el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto ha mostrado beneficios clínicos importantes, como una mayor tasa de parto vaginal espontáneo, menor duración del trabajo de parto y menor necesidad de analgesia, según lo evidencia la guía de la OMS sobre cuidados intraparto (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Estos hallazgos científicos respaldan las prácticas promovidas por los marcos normativos de humanización del parto, lo que refuerza la necesidad de analizar en qué medida dichas recomendaciones han sido efectivamente incorporadas en la práctica clínica. En el ámbito práctico, los resultados de esta monografía pueden servir de base para fortalecer las estrategias institucionales y las políticas públicas orientadas a promover una atención obstétrica respetuosa, segura y centrada en la mujer. La identificación de buenas prácticas y de experiencias exitosas de humanización en diferentes regiones del país permitirá proponer modelos replicables que

integren el acompañamiento continuo, la participación de la gestante en la toma de decisiones y la pertinencia cultural en los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En cuanto al impacto social, esta investigación tiene el potencial de beneficiar directamente a las mujeres, las familias y las comunidades, al contribuir a la dignificación del proceso de parto y al fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En contextos de desigualdad social, étnica y territorial, la humanización del parto se convierte en un componente clave para reducir brechas de acceso, mejorar los resultados perinatales y garantizar una atención con equidad y calidad. Además, los resultados podrán ser de utilidad para los tomadores de decisiones, organismos de control y programas académicos en salud, al ofrecer insumos que respalden la formulación de políticas más inclusivas y sostenibles (Congreso de la República de Colombia, 2022; Congreso de la República de Colombia, 2024).

En este sentido, comprender la relación entre regulación, implementación institucional y calidad de la atención resulta fundamental para orientar procesos de mejora en el sistema de salud colombiano y fortalecer la efectividad de las políticas públicas dirigidas a garantizar una atención materna respetuosa, segura y centrada en la mujer.

Objetivos

Objetivo General

Analizar cómo los avances legislativos y la implementación de protocolos de humanización del parto en Colombia han incidido en la calidad de la atención materno-perinatal durante el periodo 2022–2024, identificando los factores institucionales, estructurales y socioculturales que median su aplicación y explican la brecha entre el marco normativo y la práctica clínica.

Objetivos Específicos

Analizar el alcance y contenido del marco legislativo colombiano sobre humanización del parto vigente entre 2022 y 2024, identificando sus principios, disposiciones operativas y exigencias institucionales.

Describir las formas de implementación de los protocolos de humanización del parto en instituciones de salud colombianas, considerando diferencias organizacionales, territoriales y de capacidad institucional.

Examinar la relación reportada en la literatura entre la implementación de prácticas humanizadas y los cambios observados en la calidad de la atención materno-perinatal, incluyendo experiencia de las usuarias, prácticas asistenciales y dimensiones del cuidado respetuoso.

Analizar los factores institucionales, profesionales, socioculturales y estructurales que condicionan la implementación efectiva de la humanización del parto y explican la brecha entre el reconocimiento normativo y su aplicación en la práctica clínica en Colombia.

Marco Conceptual

El presente estudio se fundamenta en un enfoque conceptual que comprende la humanización del parto como el resultado de la interacción entre modelos de atención biomédicos, marcos normativos, estructuras institucionales de prestación de servicios de salud y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En este contexto, la calidad de la atención materno-perinatal y la experiencia del nacimiento se ven influenciadas por procesos de medicalización, dinámicas de poder profesional, niveles de implementación de las políticas públicas y condiciones organizacionales del sistema de salud.

Parto Humanizado

El parto humanizado es un modelo de atención que reconoce el nacimiento como un proceso fisiológico, emocional, social y cultural, donde la mujer debe ser protagonista de su experiencia. Según la Organización Mundial de la Salud, un parto humanizado implica el respeto por los derechos, la autonomía y la dignidad de la mujer, así como la participación activa en las decisiones clínicas que le afectan (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En este modelo, se promueve el acompañamiento continuo, el contacto piel con piel inmediato, el inicio precoz de la lactancia materna y la reducción de intervenciones innecesarias, garantizando una experiencia positiva y segura tanto para la madre como para el recién nacido (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica se entiende como una forma específica de violencia de género que ocurre durante la atención del embarazo, parto o puerperio, caracterizada por acciones, omisiones o tratos deshumanizantes por parte del personal de salud. La OMS la define como

cualquier conducta que cause daño físico, psicológico o moral a la mujer en estos contextos asistenciales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Esta forma de violencia puede expresarse mediante prácticas médicas sin consentimiento, negación del acompañamiento, trato degradante o uso de procedimientos invasivos injustificados. En América Latina, estudios reportan que entre el 25 % y el 45 % de las mujeres manifiestan haber experimentado algún tipo de maltrato durante el parto (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En el caso colombiano, la Defensoría del Pueblo (2023) evidenció que el 40 % de las mujeres atendidas en hospitales públicos sufrió algún tipo de vulneración de sus derechos durante el parto.

Medicalización del Parto

La medicalización del parto hace referencia al proceso por el cual el nacimiento, siendo un fenómeno natural, ha sido progresivamente transformado en un evento clínico controlado por la biomedicina. Este fenómeno fue analizado por Foucault (1975) bajo el concepto de biopoder, que describe cómo las instituciones médicas ejercen control sobre los cuerpos y las decisiones de las mujeres. En la práctica, la medicalización se manifiesta a través del uso excesivo de intervenciones, como cesáreas no justificadas, episiotomías rutinarias o la administración innecesaria de oxitocina, las cuales pueden derivar en complicaciones físicas y psicológicas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La humanización del parto surge como una respuesta crítica a este paradigma, promoviendo el respeto a los procesos fisiológicos y la recuperación del protagonismo femenino en la experiencia del nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Este proceso también se encuentra asociado a modelos organizacionales hospitalarios y a protocolos clínicos estandarizados que priorizan el control técnico del parto, lo que puede dificultar la incorporación de prácticas centradas en la mujer dentro de los servicios de salud.

Calidad de la Atención Materno-Perinatal

La calidad de la atención materno-perinatal comprende no solo la seguridad clínica, sino también la dimensión humana, emocional y relacional de la atención obstétrica. La Organización Panamericana de la Salud (2016) plantea que la calidad del cuidado se evalúa en función de la satisfacción de la mujer, la comunicación efectiva, el respeto a su autonomía y la promoción de decisiones informadas.

En Colombia, la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2433 de 2024 establecen la obligación de brindar una atención centrada en la persona, libre de violencia y con respeto a los derechos sexuales y reproductivos (Congreso de la República de Colombia, 2022, 2024). El Ministerio de Salud ha advertido, sin embargo, que persisten desigualdades en la implementación de estos lineamientos, especialmente en regiones rurales y en instituciones con alta carga asistencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

La calidad de la atención materno-perinatal puede analizarse en múltiples dimensiones interrelacionadas, que permiten una comprensión integral del cuidado brindado a la gestante, el recién nacido y su familia.

Seguridad clínica: Hace referencia a la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos y daños evitables durante el embarazo, parto, puerperio y periodo neonatal. Incluye la aplicación de protocolos basados en evidencia, la prevención de eventos adversos, el control de infecciones, la vigilancia de signos de alarma y la adecuada gestión del riesgo obstétrico y neonatal.

Experiencia de la usuaria: Se relaciona con la percepción que tiene la mujer y su familia sobre la atención recibida. Abarca aspectos como el trato humanizado, la empatía del personal de salud, la oportunidad en la atención, la confidencialidad, el acompañamiento y la satisfacción general con el servicio.

Respeto de derechos; esto implica garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el consentimiento informado, la autonomía en la toma de decisiones, la privacidad y la no discriminación. También incluye la prevención de la violencia obstétrica y la promoción de un parto respetado.

Efectividad de la comunicación; se refiere a la claridad, oportunidad y pertinencia de la información brindada a la gestante y su familia. Incluye la educación sobre signos de alarma, el plan de parto, la lactancia materna y los cuidados del recién nacido, favoreciendo la toma de decisiones informadas y la adherencia a las recomendaciones médicas.

Condiciones organizacionales de la atención; comprenden la disponibilidad de talento humano capacitado, infraestructura adecuada, insumos, medicamentos, sistemas de referencia y contrarreferencia, y procesos administrativos eficientes que garanticen continuidad y oportunidad en la atención.

Resultados en salud materna y neonatal; se relacionan con los desenlaces clínicos obtenidos, tales como la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, el control de complicaciones obstétricas, el peso adecuado al nacer, el inicio oportuno de la lactancia materna y la recuperación satisfactoria en el puerperio.

De esta manera, la calidad de la atención materno-perinatal no solo se evalúa desde los resultados clínicos, sino también desde la seguridad, la humanización, el respeto por los derechos y la organización del sistema de salud.

Brecha Normativa-Implementación

Se entiende como la distancia entre el reconocimiento formal de derechos o lineamientos técnicos en la regulación sanitaria y su aplicación efectiva en la práctica clínica y organizacional de los servicios de salud. Esta brecha puede estar mediada por factores institucionales, culturales, profesionales y estructurales, y constituye un elemento central en el análisis de la efectividad de las políticas de humanización del parto.

Autonomía y Consentimiento Informado

La autonomía es un principio bioético fundamental que reconoce el derecho de las personas a decidir libremente sobre los procedimientos que afectan su cuerpo y su salud. En el contexto del parto, el consentimiento informado constituye una expresión concreta de este principio, garantizando que toda intervención médica sea explicada, comprendida y autorizada por la gestante (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El desconocimiento de este derecho ha sido identificado como uno de los principales mecanismos de violencia obstétrica y una de las causas de la deshumanización del parto (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Por ello, la legislación colombiana actual enfatiza la necesidad de incorporar el consentimiento informado como requisito obligatorio antes de cualquier procedimiento obstétrico (Congreso de la República de Colombia, 2022).

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son un componente esencial de los derechos humanos, reconocidos por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y reafirmados por la OMS y la OPS. Estos derechos incluyen el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, el respeto por la autonomía corporal, la libertad para decidir

sobre la maternidad y la no discriminación en la atención (Organización Mundial de la Salud, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

La humanización del parto, en este sentido, se entiende como una manifestación práctica del ejercicio de estos derechos, donde la dignidad, la empatía y el acompañamiento constituyen pilares esenciales para garantizar la salud integral de las mujeres.

Marco Referencial

Antecedentes de la Investigación

El presente apartado tiene como propósito ofrecer un panorama amplio y actualizado de los avances teóricos y empíricos relacionados con la humanización del parto y el maltrato durante la atención materna, con el fin de contextualizar la situación colombiana dentro de un marco global de derechos humanos y calidad en la atención materno-perinatal.

En los últimos años, este tema ha adquirido especial relevancia debido al reconocimiento del maltrato y la violencia en la atención obstétrica como una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y como un obstáculo para garantizar una atención digna, segura y respetuosa durante el nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2014; Ross et al., 2023).

La literatura científica ha documentado prácticas como intervenciones no consentidas, trato deshumanizado, discriminación, uso excesivo de procedimientos médicos sin indicación clínica clara y limitaciones en la autonomía de la mujer, las cuales impactan negativamente la experiencia del parto y la confianza en los servicios de salud.

Para efectos analíticos, la revisión de la literatura se organiza en dos categorías principales: Maltrato y prácticas no respetuosas durante el parto: Incluye estudios que analizan las formas de trato inadecuado, barreras en la garantía de derechos, factores institucionales asociados y consecuencias en la salud física y emocional de las mujeres.

Avances normativos, políticas públicas y experiencias de parto humanizado: Comprende investigaciones sobre marcos regulatorios, lineamientos internacionales y nacionales, estrategias institucionales para la humanización del parto, así como evaluaciones de indicadores de calidad relacionados con la atención respetuosa y centrada en la mujer.

Esta organización permite integrar el análisis del problema con las respuestas institucionales y normativas desarrolladas para su abordaje, ofreciendo una visión más estructurada y coherente del estado actual del conocimiento.

Violencia Obstétrica y Maltrato Durante El Parto

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud reconoce la violencia obstétrica como una forma de maltrato institucional que se manifiesta en prácticas coercitivas, trato irrespetuoso, negligencia y procedimientos realizados sin consentimiento informado (Organización Mundial de la Salud, 2014, 2018). Desde 2018, la OMS ha promovido el enfoque de “Atención positiva del parto”, que destaca el derecho de las mujeres a un trato digno, libre de violencia y con participación activa en las decisiones clínicas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Estudios globales indican que entre el 35 % y el 42 % de las mujeres han reportado haber sufrido algún tipo de maltrato durante el trabajo de parto (Bohren et al., 2017; Organización Mundial de la Salud, 2014), lo que demuestra la magnitud del problema a nivel internacional. En América Latina, investigaciones en países como Brasil y México muestran que la violencia obstétrica está profundamente arraigada en modelos biomédicos jerárquicos y prácticas hospitalarias autoritarias. Ross et al. (2023) señalan que la pandemia de COVID-19 exacerbó estas prácticas al restringir acompañantes y aumentar intervenciones innecesarias, afectando negativamente la experiencia materna.

En Colombia, estudios recientes evidencian que un número significativo de mujeres continúa experimentando maltrato obstétrico, especialmente en regiones rurales y de frontera. Ruiz-Rodríguez et al. (2025) reportaron que cerca del 40 % de las mujeres atendidas en instituciones públicas manifestaron haber sufrido violencia obstétrica, asociada a la falta de

protocolos, deficiencias formativas y desigualdades territoriales. La Defensoría del Pueblo (2023) ha corroborado esta problemática en sus informes nacionales.

En conjunto, estos estudios coinciden en señalar que la violencia obstétrica no responde únicamente a conductas individuales del personal de salud, sino a estructuras organizacionales, modelos biomédicos jerárquicos y condiciones institucionales que reproducen prácticas deshumanizadas. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones se ha centrado en la caracterización del fenómeno y en la experiencia de las usuarias, con menor énfasis en el análisis de los mecanismos institucionales y normativos que condicionan su persistencia.

Avances Normativos y Políticas Públicas

La producción académica sobre humanización del parto ha evolucionado desde un enfoque inicial centrado en la denuncia del maltrato obstétrico hacia una perspectiva más reciente orientada al análisis de políticas públicas, marcos regulatorios y estrategias de implementación institucional.

En respuesta a esta situación, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han instado a los países de la región a incorporar la humanización del parto en sus políticas públicas y programas de formación. La OPS (2021) propone un Marco de Acción centrado en el tránsito desde modelos verticales hacia enfoques respetuosos, interculturales y centrados en la mujer.

En Colombia se han logrado avances importantes. La Ley 2244 de 2022 garantiza el derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto, mientras que la Ley 2433 de 2024 profundiza el enfoque de atención respetuosa y libre de violencia en los servicios obstétricos (Congreso de la República de Colombia, 2022, 2024).

Sin embargo, la implementación sigue siendo limitada. La Defensoría del Pueblo (2023) advierte que la violencia obstétrica continúa vulnerando derechos esenciales como la dignidad y la autonomía. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2024) señaló que menos del 50 % de los hospitales han incorporado formalmente los lineamientos de parto humanizado en sus políticas internas.

Experiencias de Parto Humanizado e Indicadores de Calidad

La evidencia científica demuestra que las prácticas de parto humanizado contribuyen significativamente a mejorar la calidad de la atención materno-perinatal. Bohren et al. (2017) señalan que el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto se asocia con mejores desenlaces maternos y neonatales, menor probabilidad de cesárea y reducción de intervenciones médicas innecesarias, además de mayor satisfacción de las mujeres con la experiencia del nacimiento.

En Colombia, diversos estudios cualitativos han explorado la percepción de las usuarias frente a la atención recibida. Caicedo (2020), en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, identificó altos niveles de insatisfacción relacionados con la falta de empatía del personal de salud, la ausencia de acompañamiento durante el trabajo de parto y la realización de procedimientos invasivos sin información suficiente ni consentimiento plenamente informado. De manera similar, Villamizar Vargas (2021) evidenció que muchas gestantes perciben el parto hospitalario como una experiencia de sometimiento, en la que predomina la autoridad médica sobre su autonomía y capacidad de decisión.

Por su parte, Sarmiento Rodríguez (2023), en su propuesta de protocolo para la implementación del parto humanizado, identifica obstáculos como la insuficiente capacitación del talento humano, la resistencia institucional al cambio de modelos biomédicos tradicionales y

la débil supervisión del cumplimiento normativo, factores que inciden negativamente en la calidad de la atención.

A pesar de estos avances investigativos y normativos, la literatura disponible aún ofrece evidencia limitada y poco sistematizada sobre el impacto real de las reformas legislativas recientes en la transformación efectiva de las prácticas clínicas y organizacionales en los servicios obstétricos del país.

En conjunto, estos antecedentes evidencian que, aunque Colombia ha avanzado en el plano normativo y discursivo, la humanización del parto continúa enfrentando importantes retos estructurales, institucionales y culturales, tales como la sobrecarga de los servicios de salud, la medicalización excesiva del nacimiento, la persistencia de prácticas paternalistas, las brechas en infraestructura y recursos, la inequidad territorial en el acceso a servicios de calidad y la limitada participación activa de las mujeres en la toma de decisiones.

En este contexto, resulta necesario analizar de manera integrada la relación entre los avances normativos, los procesos de implementación institucional y los resultados en la calidad de la atención materno-perinatal, con el fin de comprender el alcance real de las políticas de humanización del parto en Colombia.

Marco Teórico

Evolución Conceptual de la Humanización del Parto

El concepto de humanización del parto surge como respuesta crítica al modelo biomédico que, desde mediados del siglo XX, priorizó la eficiencia técnica y el control institucional sobre la vivencia emocional, social y cultural del nacimiento. Análisis desde los estudios de género y la historia de la medicina evidencian cómo estas prácticas configuraron una relación de poder donde el cuerpo de la mujer quedó subordinado al saber médico (Fernández, 2019; Foucault, 1975).

A partir de la década de 1990, movimientos feministas y de derechos humanos visibilizaron estas tensiones, señalando la necesidad de comprender el parto como un proceso fisiológico y sociocultural donde la mujer debe ocupar un rol central (Diniz, 2021; Lugones, 2020). Este cambio permitió reconocer la medicalización excesiva y el trato deshumanizado como problemáticas estructurales, dando origen a la categoría de violencia obstétrica (Ruíz Alarcón, 2019).

Violencia Obstétrica Como Categoría Analítica y Problema de Calidad

La violencia obstétrica ha sido conceptualizada como una forma específica de violencia institucional y de género, manifestada a través de trato irrespetuoso, intervenciones sin consentimiento, negación de información y prácticas coercitivas (Bohren et al., 2015; Díaz & Sarmiento, 2023).

Documentos internacionales señalan que estas prácticas afectan la dignidad, autonomía y bienestar de las mujeres, y se encuentran arraigadas en culturas institucionales verticales y jerárquicas (Organización Mundial de la Salud, 2014, 2020). En América Latina, investigaciones han mostrado cómo factores estructurales, desigualdades sociales y modelos biomédicos rígidos

perpetúan estas dinámicas (Ross et al., 2023; Observatorio de Violencia Obstétrica de Venezuela, 2022).

En Colombia, el fenómeno ha sido analizado en hospitales públicos donde se evidencia la persistencia de prácticas de maltrato y de intervenciones no justificadas clínicamente (Díaz & Sarmiento, 2023; Caicedo, 2020).

El análisis de la humanización del parto requiere además considerar las desigualdades sociales que atraviesan el acceso y la calidad de la atención obstétrica. Diversos estudios han demostrado que factores como la condición socioeconómica, la ruralidad, la pertenencia étnica, la ubicación geográfica y la capacidad institucional del territorio influyen significativamente en la experiencia del parto y en la exposición a prácticas de maltrato (Freedman et al., 2014; Bohren et al., 2015).

Desde un enfoque interseccional, estas desigualdades no operan de manera aislada, sino que se combinan y refuerzan mutuamente, generando escenarios diferenciados de vulnerabilidad (Crenshaw, 1991; Sen et al., 2018). En contextos con limitaciones estructurales del sistema de salud, la implementación de modelos humanizados enfrenta mayores obstáculos, lo que contribuye a reproducir brechas territoriales en la calidad de la atención materno-perinatal.

Enfoques de Calidad en Salud Aplicados a la Atención Materno-Perinatal

Los modelos de calidad en salud, especialmente el enfoque de estructura–proceso–resultado aplicado al parto, permiten explicar cómo la infraestructura, la disponibilidad de recursos y la capacitación del personal influyen en las experiencias de las usuarias (Fernández & Martínez, 2021; Hospital Universitario San José, 2022).

Bohren et al. (2017) demostraron que elementos como el acompañamiento continuo mejoran los desenlaces maternos, reducen intervenciones innecesarias y elevan la satisfacción.

En Colombia, evaluaciones institucionales han mostrado la necesidad de fortalecer protocolos, formación y condiciones materiales para garantizar un parto humanizado (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En esta investigación, la calidad de la atención materno-perinatal se entiende como un constructo multidimensional que integra componentes técnicos, relacionales y experienciales. Desde esta perspectiva, la calidad no se limita a los resultados clínicos, sino que incluye el respeto a la autonomía de la mujer, la comunicación efectiva, el consentimiento informado, la continuidad del cuidado, la seguridad del proceso y la satisfacción con la experiencia del parto (Donabedian, 1988; Bohren et al., 2017).

Este enfoque se alinea con los modelos contemporáneos de atención centrada en la persona promovidos por la Organización Mundial de la Salud, que reconocen la experiencia subjetiva del cuidado como un indicador fundamental del desempeño del sistema sanitario (OMS, 2018).

Modelos de Atención Centrados en la Mujer y Parto Humanizado

Los modelos centrados en la mujer se fundamentan en principios de respeto, autonomía, consentimiento informado y acompañamiento permanente. Este enfoque, promovido internacionalmente por la OPS y la OMS, se opone a visiones paternalistas que limitan la participación de la gestante (Organización Panamericana de la Salud, 2016, 2021; Organización Mundial de la Salud, 2023).

Estos modelos consideran las dimensiones emocionales, culturales e interculturales del parto (Lugones, 2020). Sin embargo, existen tensiones entre su implementación y la práctica

hospitalaria convencional, especialmente por resistencias del personal sanitario frente al cambio (Gómez & Ramírez, 2020; Ross & Almeida, 2023).

Las resistencias a la implementación del parto humanizado también pueden comprenderse desde el análisis de la cultura institucional de los servicios de salud. Las prácticas clínicas se encuentran estructuradas por normas informales, jerarquías profesionales y formas históricas de ejercicio del poder que influyen en la toma de decisiones y en la relación con las usuarias (Scott et al., 2003; Sheikh et al., 2011).

Desde la perspectiva del análisis del poder propuesta por Michel Foucault (1975), las instituciones sanitarias no solo organizan la atención, sino que también regulan los cuerpos, los tiempos y las conductas, configurando formas específicas de autoridad profesional. En este marco, la medicalización del parto puede interpretarse como una práctica institucional que legitima el control técnico sobre el proceso reproductivo, lo que explica la persistencia de modelos paternalistas incluso en contextos de reforma normativa.

Marco Legal

El marco legal colombiano incorpora principios de calidad y derechos humanos en la atención obstétrica. Normas como la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2433 de 2024 garantizan el acompañamiento y la atención respetuosa, y establecen obligaciones institucionales para prevenir la violencia obstétrica (Congreso de la República de Colombia, 2022, 2024).

Asimismo, las guías técnicas recientes del Ministerio de Salud enfatizan el consentimiento informado, la reducción de intervenciones innecesarias y la adopción de protocolos humanizados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a, 2024b, 2024c).

No obstante, informes oficiales muestran brechas significativas en la implementación de estas políticas, especialmente en instituciones de alta demanda o con infraestructura limitada (Defensoría del Pueblo, 2023).

No obstante, la existencia de marcos normativos no garantiza por sí misma la transformación de las prácticas asistenciales. La literatura sobre implementación de políticas públicas en salud señala que la adopción efectiva de las normas depende de procesos organizacionales complejos, que incluyen disponibilidad de recursos, capacidades administrativas, mecanismos de supervisión, incentivos institucionales y aceptación por parte de los actores responsables de su ejecución (Hill & Hupe, 2014).

En el ámbito sanitario, la implementación normativa se ve mediada por estructuras jerárquicas, rutinas clínicas consolidadas y culturas profesionales que pueden facilitar o resistir el cambio (Sheikh et al., 2011). En este sentido, la distancia entre el diseño de la política y su aplicación práctica constituye un fenómeno recurrente en los sistemas de salud, particularmente cuando las reformas implican transformaciones en relaciones de poder, redistribución de responsabilidades o modificación de prácticas históricamente naturalizadas.

Articulación Entre Modelos Teóricos, Problema y Objetivos de Investigación

La humanización del parto exige comprender la interacción entre factores estructurales, organizacionales, culturales y normativos que inciden en la calidad de la atención materno-perinatal. El diálogo entre el modelo de calidad en salud, los enfoques de derechos humanos y las teorías socioculturales permite analizar el parto como un fenómeno complejo, atravesado por relaciones de poder, desigualdades de género y barreras institucionales (Fernández, 2019; Lugones, 2020).

En el contexto colombiano, diversas investigaciones han evidenciado que, aunque se han producido avances legislativos y se han implementado programas de capacitación, persisten prácticas de maltrato y formas de violencia obstétrica asociadas a fallas en la gestión institucional, resistencia al cambio en los equipos de salud y débil supervisión del cumplimiento de protocolos (Ruiz-Rodríguez et al., 2025; Caicedo & Villamizar, 2021; Sarmiento Rodríguez, 2023). Estos hallazgos ponen en evidencia una brecha entre el reconocimiento normativo del parto humanizado y su aplicación efectiva en los servicios obstétricos.

Desde el modelo de calidad propuesto por Avedis Donabedian (1988), la atención puede analizarse a partir de la estructura, el proceso y los resultados. Esta perspectiva permite examinar cómo la disponibilidad de recursos (estructura), la forma en que se desarrollan las prácticas clínicas (proceso) y los desenlaces maternos y neonatales (resultados) se articulan en la experiencia del parto. A su vez, la teoría de implementación de políticas públicas desarrollada por Michael Hill y Peter Hupe (2014) aporta herramientas para comprender cómo las políticas pueden transformarse —o distorsionarse— durante su ejecución, dependiendo de las capacidades institucionales, los liderazgos locales y las dinámicas organizacionales.

De manera complementaria, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (2021) han señalado que la garantía de una atención obstétrica respetuosa requiere transformar simultáneamente las estructuras institucionales y las culturas profesionales, superando prácticas paternalistas y promoviendo la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones. En conjunto, este marco teórico ofrece una base sólida para analizar la relación entre políticas, protocolos y prácticas clínicas, y para identificar las barreras estructurales, institucionales y culturales que deben superarse para avanzar hacia un modelo de parto plenamente humanizado. Desde esta perspectiva, el estudio se orienta a examinar los mecanismos que condicionan la implementación efectiva de la humanización del parto y a explicar cómo dichos procesos inciden en la calidad real de la atención materno-perinatal en Colombia, sustentándose en los referentes teóricos y empíricos previamente citados.

Metodología

La presente monografía se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y un diseño documental, utilizando una revisión narrativa con procedimiento de búsqueda sistematizado como estrategia metodológica, con el propósito de explorar, describir y analizar de manera integral los enfoques teóricos, normativos e institucionales relacionados con la humanización del parto en Colombia. Debido a la naturaleza documental del estudio, el análisis del impacto de los avances legislativos se abordó a partir de la evidencia reportada en la literatura científica y en documentos institucionales, sin pretender establecer relaciones causales directas, sino identificar tendencias, patrones y resultados descritos por investigaciones previas.

La búsqueda de información se llevó a cabo entre marzo y mayo de 2025, periodo que se seleccionó por corresponder al momento de mayor desarrollo del enfoque de atención respetuosa del parto en la agenda internacional y al fortalecimiento progresivo del marco normativo colombiano en materia de humanización del parto. Se emplearon las bases de datos académicas reconocidas como Scielo, PubMed, RedALyC, Dialnet, Google Scholar, así como repositorios institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y universidades nacionales. Para garantizar la pertinencia y amplitud de la revisión, se emplearon palabras clave en español e inglés, incluyendo “humanización del parto”, “parto respetado”, “atención materna”, “derechos reproductivos”, “maternal care” y combinaciones con operadores booleanos como AND y OR, enfocando la búsqueda en publicaciones relevantes para el contexto colombiano y latinoamericano. Se definieron criterios de inclusión que consideraron documentos publicados entre 2014 y 2024, en texto completo y en español o inglés, incluyendo artículos científicos revisados por pares, revisiones narrativas, capítulos de libros académicos y documentos

normativos y guías técnicas relacionadas con la humanización del parto, políticas públicas de salud materna y protocolos institucionales de atención. Por el contrario, se excluyeron estudios duplicados, publicaciones sin revisión por pares, textos de opinión o sin respaldo científico, documentos irrelevantes para los objetivos específicos de la monografía y aquellos con información insuficiente para el análisis crítico. Cabe aclarar que se emplearon igualmente textos de autores clásicos que respaldan los argumentos expuestos en este trabajo.

El proceso de selección implicó una revisión sistemática de títulos, resúmenes y textos completos, identificando aproximadamente 180 documentos, de los cuales 72 cumplieron los criterios de pertinencia y, tras un análisis detallado, se seleccionaron 38 textos para la revisión final, los cuales fueron posteriormente validados para confirmar que estuvieran debidamente citados dentro del cuerpo del documento y correctamente referenciados en la bibliografía. La información obtenida se organizó en categorías temáticas acordes con los objetivos del estudio, tales como modelos teóricos de atención humanizada, avances legislativos, protocolos institucionales, barreras y desafíos, experiencias exitosas y tendencias internacionales.

Posteriormente, se aplicó una estrategia de análisis temático y comparativo, que permitió identificar patrones conceptuales, convergencias y divergencias entre autores, sintetizar evidencia empírica con marcos normativos y establecer relaciones entre los hallazgos y los objetivos de la monografía.

Asimismo, se evaluó la calidad metodológica y relevancia de las fuentes mediante criterios de rigor científico, claridad metodológica, pertinencia temática y consistencia de resultados reportados, priorizando estudios con diseño explícito, respaldo institucional o revisión por pares, con el fin de asegurar el rigor metodológico, se aplicaron criterios de credibilidad,

coherencia y triangulación de fuentes, garantizando la validez de la interpretación y la pertinencia de las conclusiones, así como la correcta citación de todas las referencias según las normas APA 7. La revisión narrativa se consideró adecuada debido a la naturaleza multidimensional del fenómeno estudiado, que involucra marcos normativos, prácticas institucionales, dimensiones culturales y experiencias subjetivas, aspectos que requieren un análisis interpretativo e integrador más que una síntesis estadística de resultados.

Revisión de Literatura

Marco Legislativo y Normativo Sobre la Humanización del Parto en Colombia

Para efectos de este estudio, el marco normativo se entiende como el conjunto de disposiciones legales, reglamentarias y lineamientos técnicos que regulan la atención obstétrica y orientan la organización de los servicios de salud en materia de humanización del parto.

La humanización del parto en Colombia se ha consolidado de manera progresiva como una prioridad dentro de las políticas públicas de salud, en respuesta a la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Este enfoque busca transformar los modelos tradicionales de atención obstétrica —históricamente caracterizados por prácticas medicalizadas, jerárquicas y poco empáticas— hacia un modelo centrado en la dignidad, la autonomía y la participación activa de la gestante en el proceso de nacimiento (Fernández, 2019).

El presente capítulo examina el marco legislativo y normativo que ha orientado dicha transformación, destacando los principales avances normativos y los desafíos estructurales asociados a su implementación en los servicios de salud.

Evolución Normativa de la Humanización del Parto en Colombia

El desarrollo normativo colombiano en materia de parto humanizado ha estado influenciado por compromisos internacionales asumidos por el Estado en el ámbito de los derechos humanos, la equidad de género y la salud materna. Instrumentos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) han sido fundamentales para consolidar el reconocimiento del parto respetado como un derecho fundamental de las mujeres (Lugones, 2020).

En el ámbito nacional, este proceso se ha fortalecido con la adopción de leyes orientadas a garantizar una atención obstétrica digna, respetuosa y libre de violencia. La Ley 2244 de 2022 y la Ley 2433 de 2024 establecen lineamientos sobre el acompañamiento continuo, la reducción de intervenciones no justificadas y el respeto al consentimiento informado (Congreso de la República de Colombia, 2022, 2024).

Estos avances se encuentran alineados con los estándares internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud, que insisten en la importancia de garantizar información clara, autonomía en la toma de decisiones y prácticas clínicas basadas en evidencia (Organización Mundial de la Salud, 2018, 2023). Asimismo, la OPS propone un modelo de atención centrado en la persona con enfoque familiar, destacando la importancia del respeto, la comunicación efectiva y la participación activa de la mujer (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado lineamientos técnicos como la Guía Nacional de Atención Obstétrica Basada en Derechos Humanos y los informes de implementación del parto humanizado, que incorporan este modelo como eje estratégico para mejorar la calidad de la atención materna (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a).

Más allá de su dimensión declarativa, estas normas establecen obligaciones operativas para las instituciones prestadoras de servicios de salud, incluyendo la garantía del acompañamiento durante el trabajo de parto, la adopción de protocolos de atención respetuosa, la implementación de mecanismos de consentimiento informado y la formación del talento humano en enfoques de derechos. En este sentido, el marco legislativo no solo reconoce principios, sino

que configura responsabilidades institucionales concretas cuya implementación condiciona la calidad real de la atención materno-perinatal.

Avances Institucionales y Retos en la Aplicación Normativa

A pesar del fortalecimiento del marco legal, la implementación efectiva de la humanización del parto continúa enfrentando importantes desafíos institucionales. Informes recientes evidencian la persistencia de una brecha significativa entre lo establecido en la normativa y las prácticas que se observan en hospitales y centros de salud. La Defensoría del Pueblo (2023) reportó que un número considerable de mujeres manifestó haber sido sometida a procedimientos sin consentimiento informado o haber experimentado tratos despectivos durante el parto, lo que evidencia falencias en la garantía de una atención digna.

Estas problemáticas se relacionan con factores como la persistencia de modelos jerárquicos de atención, la falta de formación en enfoques humanistas y de derechos humanos, y las desigualdades regionales que dificultan la aplicación homogénea de los protocolos (Díaz & Sarmiento, 2023; Fernández & Martínez, 2021).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2024b) reconoce que menos de la mitad de las instituciones han adoptado formalmente protocolos de parto humanizado, siendo las principales barreras la sobrecarga asistencial, la insuficiencia de recursos humanos y la resistencia cultural al cambio. Esto resalta la necesidad de fortalecer la capacitación, la supervisión y los procesos de mejora continua en los servicios obstétricos.

Desde la perspectiva de la implementación de políticas públicas en salud, la existencia de normas formales no garantiza por sí misma la transformación de las prácticas asistenciales, ya que su aplicación depende de capacidades organizacionales, culturas profesionales y mecanismos

de supervisión institucional. En este sentido, el marco legislativo constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para la humanización efectiva del parto.

Perspectiva Internacional y Articulación con los Derechos Humanos

En el plano global, la OMS sostiene que toda mujer tiene derecho a recibir una atención obstétrica libre de violencia, con acompañamiento continuo, información clara y participación activa en la toma de decisiones (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La OPS, por su parte, en su Marco de Acción para América Latina y el Caribe, enfatiza la importancia de superar los modelos biomédicos autoritarios, promover la interculturalidad y posicionar a la mujer como protagonista del proceso de nacimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En consecuencia, el análisis del marco normativo no solo permite identificar avances legislativos, sino también comprender las condiciones que explican la persistencia de una brecha entre el reconocimiento formal de los derechos y su materialización en la práctica clínica. Esta tensión constituye un eje central del presente estudio.

En síntesis, Colombia ha desarrollado un marco legislativo progresivo orientado a garantizar una atención obstétrica respetuosa y centrada en la mujer, alineado con estándares internacionales de derechos humanos y calidad en salud. Sin embargo, la evidencia disponible muestra que la adopción normativa no se ha traducido plenamente en transformaciones institucionales sostenidas, lo que revela limitaciones en la implementación, supervisión y apropiación de estos lineamientos en los servicios de salud. Este escenario confirma que la humanización del parto constituye no solo un desafío normativo, sino fundamentalmente un desafío organizacional, cultural y de gobernanza sanitaria.

Modelos, Estrategias y Protocolos de Atención Humanizada

La implementación del parto humanizado en Colombia ha significado un cambio de paradigma en la atención obstétrica, pasando de un modelo biomédico centrado en la intervención médica hacia un enfoque integral basado en la empatía, la autonomía y el respeto por los derechos de la mujer. Este capítulo describe los principales modelos teóricos y prácticos que sustentan la humanización del parto, así como las estrategias y protocolos aplicados en los servicios obstétricos del país. El análisis se fundamenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en experiencias institucionales documentadas a nivel nacional e internacional, que evidencian los beneficios clínicos y emocionales de una atención respetuosa y centrada en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2022; Diniz, 2021).

Más allá de su formulación conceptual, el interés de este capítulo se centra en comprender cómo estos modelos se traducen en prácticas clínicas concretas dentro de los servicios obstétricos colombianos y en qué medida su implementación refleja los lineamientos normativos analizados en el capítulo anterior. Asimismo, se reconoce el papel de las entidades territoriales como actores fundamentales en la operacionalización de estas políticas, al adaptar los lineamientos nacionales a las realidades institucionales y poblacionales de cada región.

Modelos Teóricos que Sustentan la Atención Humanizada

La humanización del parto se concibe como un enfoque integral que reconoce el nacimiento no solo como un evento biológico, sino como un proceso fisiológico, emocional y social donde la mujer debe ser protagonista y no objeto de intervención médica (Diniz, 2021).

Según la OMS, una atención humanizada implica garantizar la dignidad, la comunicación efectiva, la privacidad y el acompañamiento continuo, promoviendo la toma de decisiones

informadas y el uso racional de las intervenciones clínicas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La OPS propone el Modelo de Atención Centrada en la Persona, orientado a transformar los servicios de salud desde una visión técnica hacia una atención basada en la empatía, la autonomía y el respeto por la usuaria. Este modelo busca reemplazar relaciones jerárquicas tradicionales por vínculos horizontales sustentados en la confianza y el diálogo (Organización Panamericana de la Salud, 2016; 2021).

No obstante, la atención humanizada del parto en Colombia no se fundamenta únicamente en modelos internacionales. El país ha desarrollado un enfoque propio sustentado en políticas públicas nacionales, lineamientos técnicos y guías clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, asociaciones científicas y entidades académicas. En este contexto, el Modelo de Atención Materno-Perinatal centrado en la mujer y la familia, integrado dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), constituye la base conceptual para la humanización de la atención obstétrica en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este modelo nacional incorpora principios de seguridad clínica, enfoque diferencial, derechos sexuales y reproductivos y participación activa de la gestante, reconociendo el parto como un proceso fisiológico que debe desarrollarse con el menor intervencionismo posible. La Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología ha respaldado este enfoque mediante recomendaciones orientadas al parto respetado, el consentimiento informado y la reducción de intervenciones innecesarias, adaptando la evidencia científica internacional al contexto colombiano (FECOLSOG, 2021).

Desde una perspectiva sociocrítica, Michel Foucault (1975) introdujo el concepto de biopoder, entendido como el control que las instituciones ejercen sobre los cuerpos a través del saber médico y las normas disciplinarias. En la atención obstétrica, este biopoder se manifiesta en la medicalización del parto y en la toma unilateral de decisiones clínicas. La humanización del parto busca transformar estas dinámicas institucionales devolviendo a la mujer el control sobre su cuerpo y su experiencia de nacimiento.

El feminismo latinoamericano también aporta una mirada crítica. Autoras como Lugones (2020) y Fernández (2019) sostienen que la humanización del parto constituye un acto político de resistencia frente a estructuras patriarcales que históricamente han limitado la autonomía de las mujeres dentro del sistema sanitario.

En síntesis, los modelos teóricos articulan perspectivas bioéticas, socioculturales, feministas y de derechos humanos que sustentan un enfoque de atención centrado en la mujer y su experiencia reproductiva.

Estrategias y Prácticas Clínicas de Atención Humanizada

La transición hacia un modelo humanizado ha implicado la revisión crítica de prácticas obstétricas tradicionales. Durante décadas, la atención al parto estuvo marcada por la medicalización y el intervencionismo rutinario; sin embargo, la evidencia científica respalda prácticas más respetuosas y centradas en la mujer (Bohren et al., 2015; Bohren et al., 2017).

En el ámbito clínico, los protocolos de humanización del parto pueden entenderse como conjuntos de directrices técnicas y organizacionales orientadas a garantizar una atención respetuosa, basada en evidencia científica y centrada en la autonomía de la mujer durante el proceso reproductivo. Las estrategias clínicas incluyen:

Acompañamiento Continuo

La presencia de un acompañante elegido por la mujer reduce la ansiedad, el uso de analgesia y la probabilidad de cesárea, aumentando la satisfacción materna (Bohren et al., 2017).

Contacto Piel a Piel Inmediato

Favorece la termorregulación neonatal, fortalece el vínculo afectivo y promueve la lactancia materna temprana (OMS, 2018).

Pinzamiento Tardío del Cordón Umbilical

Mejora las reservas de hierro y disminuye el riesgo de anemia infantil (OMS, 2023).

Eliminación de Intervenciones Innecesarias

Prácticas como enemas, rasurado o restricción alimentaria han sido desaconsejadas por carecer de beneficios clínicos (OPS, 2022).

Uso Restrictivo de la Episiotomía

Debe limitarse a indicaciones clínicas específicas debido a sus riesgos físicos y psicológicos (OMS, 2020).

Posiciones Libres Durante el Parto

Facilitan la fisiología del nacimiento y reducen intervenciones médicas innecesarias (Fernández & Martínez, 2021).

Ambientes Humanizados

La adecuación del entorno hospitalario mejora la seguridad emocional y reduce el estrés materno (OPS, 2016).

Estas estrategias han sido incorporadas en instrumentos técnicos nacionales, especialmente en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y manejo de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Ministerio de Salud y Protección Social &

Colciencias, 2013) y en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal (RIAS), desarrollada dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Adicionalmente, Colombia ha incorporado estrategias propias derivadas de su diversidad social y territorial, tales como el parto intercultural en comunidades indígenas, la inclusión del enfoque diferencial y de género, la implementación de salas de parto humanizado en hospitales públicos, la educación prenatal comunitaria y el fortalecimiento del rol de enfermería en el acompañamiento continuo del proceso de parto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; FECOLSOG, 2021).

Participación de las Entidades Territoriales en la Implementación del Parto Humanizado

La implementación efectiva del parto humanizado también ha dependido del liderazgo de las entidades territoriales, responsables de adaptar las políticas nacionales a contextos locales. Un referente significativo es la experiencia de la Alcaldía Mayor de Bogotá, que a través de la Secretaría Distrital de Salud ha desarrollado estrategias orientadas a la humanización de la atención materno-perinatal, incluyendo adecuación de salas de parto humanizado, formación del talento humano en atención respetuosa y promoción del acompañamiento continuo durante el parto (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2020; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Estas acciones han promovido el consentimiento informado, el contacto piel a piel inmediato y la participación activa de la mujer en las decisiones clínicas, contribuyendo a la reducción de prácticas asociadas a violencia obstétrica y al mejoramiento de la satisfacción materna.

Desde la gestión pública, las entidades territoriales actúan como mediadoras entre la normatividad nacional y la práctica clínica cotidiana, facilitando procesos de transformación

institucional. Sin embargo, la implementación presenta desigualdades regionales relacionadas con infraestructura, talento humano y capacidad organizacional, lo que explica la heterogeneidad en la adopción del modelo humanizado en el país.

Experiencias Institucionales y Resultados Observados

En el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Caicedo (2020) evidenció que las mujeres con acompañamiento y participación activa reportaron mayor satisfacción y menor percepción de maltrato institucional.

Villamizar Vargas (2021) encontró que los programas de parto humanizado en Cúcuta disminuyeron la ansiedad materna y fortalecieron la confianza entre gestantes y profesionales de salud.

A nivel nacional, Ruiz-Rodríguez et al. (2025) identificaron que las instituciones que aplican protocolos centrados en la mujer presentan menores tasas de cesáreas innecesarias y mejores indicadores de apego materno.

Estos resultados evidencian que la humanización del parto constituye una estrategia ética y clínicamente efectiva para mejorar la calidad asistencial y el bienestar materno-neonatal. Los modelos teóricos y las estrategias de atención humanizada han transformado la concepción del parto en Colombia, consolidando un enfoque centrado en la mujer basado en el respeto, la autonomía y el acompañamiento continuo.

La evidencia científica, junto con experiencias institucionales y territoriales, demuestra que prácticas humanizadas mejoran la satisfacción materna, reducen intervenciones innecesarias y fortalecen la confianza en los servicios de salud.

No obstante, el éxito de estos modelos depende de la formación humanista del talento sanitario, la disponibilidad de recursos y la articulación entre políticas nacionales, gestión territorial y cultura organizacional.

Aunque existen avances significativos, la implementación continúa siendo heterogénea entre regiones, lo que evidencia la persistencia de brechas entre los principios normativos y la práctica clínica efectiva. Comprender estas condiciones resulta fundamental para explicar los desafíos actuales en la consolidación de la atención humanizada del parto en Colombia.

Impacto de los Avances Legislativos y Protocolos en la Calidad de la Atención Materno-Perinatal

La implementación de políticas y protocolos orientados a la humanización del parto en Colombia ha buscado transformar de manera progresiva la experiencia del nacimiento, garantizando el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y promoviendo prácticas obstétricas basadas en evidencia científica. Como se expuso en el Capítulo 1, las Leyes 2244 de 2022 y 2433 de 2024 constituyen el eje normativo que sustenta este proceso de transformación, al establecer obligaciones claras para los prestadores de servicios de salud en materia de atención respetuosa, consentimiento informado y acompañamiento continuo.

Dado el carácter documental del estudio, el análisis del impacto se basa en la evidencia reportada en investigaciones empíricas, informes institucionales y evaluaciones disponibles en la literatura, sin establecer relaciones causales directas, sino identificando tendencias y resultados descritos en distintos contextos institucionales.

En coherencia con lo desarrollado en el Capítulo 2 sobre modelos y estrategias de atención humanizada, el presente capítulo analiza el impacto de dichos avances legislativos y de los protocolos institucionales en la calidad de la atención materno-perinatal. El análisis se realiza

desde una perspectiva integral, considerando tanto el nivel institucional como la experiencia y percepción de las usuarias, así como cambios observados en indicadores clínicos y emocionales asociados a la atención del parto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Impacto de los Avances Legislativos en la Atención Materno-Perinatal

El impacto de los avances normativos se comprende como un proceso mediado por la implementación institucional de protocolos clínicos y organizacionales, los cuales actúan como mecanismos de traducción entre el reconocimiento formal de derechos y la experiencia concreta de atención.

El fortalecimiento del marco legal ha establecido un mandato explícito para que los servicios de salud adopten prácticas centradas en la mujer, alineadas con los estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este sentido, la Ley 2244 de 2022 reconoce el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, segura y basada en evidencia científica, promoviendo el acompañamiento continuo, el consentimiento informado y la reducción de intervenciones innecesarias (Congreso de la República de Colombia, 2022).

De manera complementaria, la Ley 2433 de 2024 refuerza el enfoque de humanización al incorporar lineamientos orientados a garantizar la privacidad, la adecuación de los espacios físicos y la formación del talento humano en competencias humanísticas y comunicativas (Congreso de la República de Colombia, 2024). Estas disposiciones normativas han impulsado la adopción de prácticas clínicas acordes con el enfoque de “atención positiva del parto”, tal como lo recomienda la OMS (2018).

El impacto normativo se refleja en la incorporación progresiva de prácticas como el contacto piel a piel inmediato, la posibilidad de posiciones libres durante el parto, la restricción

del uso rutinario de episiotomías y la disminución de cesáreas no justificadas clínicamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Estas acciones evidencian un avance hacia la alineación de los servicios obstétricos con los principios de calidad, seguridad y respeto de la autonomía femenina.

Evaluación Institucional de la Calidad de la Atención

En el ámbito institucional, la humanización del parto ha implicado la implementación de estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención desde un enfoque integral. Entre las principales acciones se encuentran la adopción de protocolos estandarizados de atención humanizada, la capacitación continua del talento humano y el monitoreo de indicadores de calidad materno-perinatal.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2024) señala que diversas instituciones han incorporado protocolos que priorizan el acompañamiento continuo, la promoción del parto fisiológico y la reducción de intervenciones innecesarias.

Asimismo, asociaciones científicas como la Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (2024) han promovido programas de formación enfocados en comunicación asertiva, derechos de las mujeres y enfoque humanizado de la atención. El seguimiento de indicadores como las tasas de cesárea, la satisfacción materna, el contacto piel a piel inmediato y las complicaciones materno-perinatales ha permitido evaluar el impacto de estas estrategias (Observatorio Nacional de Salud Materna, 2025).

En este contexto, Ruiz-Rodríguez et al. (2025) evidencian que las instituciones que aplican protocolos centrados en la mujer presentan una disminución significativa de intervenciones innecesarias, mayor adherencia a las recomendaciones de la OMS y una mejora en la percepción de seguridad y calidad por parte de las usuarias.

Desde el modelo de calidad en salud basado en la relación estructura–proceso–resultado, los avances legislativos constituyen condiciones estructurales, los protocolos humanizados representan procesos organizacionales, y los indicadores clínicos y la experiencia de las usuarias corresponden a los resultados observables del sistema de atención.

No obstante, la evidencia disponible sugiere que la adopción de estos protocolos es heterogénea entre instituciones y territorios, lo que indica que la capacidad organizacional, la disponibilidad de recursos y la cultura institucional influyen de manera decisiva en la materialización del enfoque humanizado.

Perspectiva de las Usuarias Sobre la Calidad de la Atención

Desde la experiencia de las mujeres, la implementación de prácticas de humanización del parto se asocia con beneficios tanto emocionales como físicos. Estudios recientes señalan que las gestantes que reciben un trato respetuoso, información clara y participación activa en la toma de decisiones reportan menores niveles de ansiedad y mayor bienestar emocional durante el proceso de parto (Gómez & Herrera, 2023).

La posibilidad de elegir acompañante, posición de parto y métodos de manejo del dolor fortalece el empoderamiento de las mujeres y su sensación de control sobre el proceso de nacimiento (López-Martínez, 2022).

Asimismo, la reducción de intervenciones como episiotomías rutinarias y posiciones obligadas contribuye a disminuir complicaciones físicas y secuelas emocionales asociadas al trauma obstétrico (Ramírez, Torres & Beltrán, 2023).

Estos hallazgos evidencian que, mientras las instituciones reportan avances en indicadores clínicos y operativos, las usuarias valoran de manera especial los aspectos

relacionales, emocionales y simbólicos de la atención, lo que permite comprender la calidad asistencial desde una perspectiva integral.

Indicadores de Calidad Materno-Perinatal Asociados a la Humanización del Parto

Tabla 1

Impacto Observado de la Humanización del Parto en Indicadores Materno – Perinatales

Indicador	Impacto Observado
Tasa de Cesáreas humanizados	Reducción en instituciones con protocolos humanizados
Acompañamiento continuo	Mayor satisfacción materna y menor ansiedad
Contacto piel a piel	Incremento de lactancia materna temprana y apego
Episiotomía	Disminución del uso rutinario y de complicaciones
Percepción de respeto y autonomía	Mejora significativa en la experiencia de parto

Nota. Elaboración propia a partir de hallazgos de investigaciones nacionales e internacionales sobre humanización del parto (Bohren et al., 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2025; Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En conjunto, estos indicadores reflejan transformaciones tanto clínicas como relacionales en la atención obstétrica, lo que sugiere que la humanización del parto no solo modifica procedimientos médicos específicos, sino que reconfigura la experiencia global del cuidado y la interacción entre profesionales y usuarias, adquiriendo mayor relevancia cuando se analizan de manera conjunta con la percepción de respeto, autonomía y trato digno reportada por las usuarias, evidenciando que la calidad de la atención no se limita a resultados clínicos, sino que incorpora dimensiones humanas y emocionales del cuidado.

Los avances legislativos y la adopción de protocolos de humanización han generado un impacto positivo en la calidad de la atención materno-perinatal en Colombia.

Se evidencian mejoras en el respeto por los derechos y la autonomía de las mujeres, una reducción progresiva de intervenciones innecesarias y un aumento en la satisfacción y bienestar

emocional de las usuarias, así como mejoras objetivas en indicadores clínicos maternos y neonatales.

No obstante, persisten desafíos relacionados con la capacitación continua del talento humano, la disponibilidad de recursos y la consolidación cultural del enfoque humanizado dentro de las instituciones de salud. Abordar estos retos resulta fundamental para garantizar la sostenibilidad del modelo y avanzar hacia una atención materno-perinatal plenamente centrada en la dignidad, la equidad y los derechos humanos.

A manera de cierre de este apartado, la evidencia disponible indica que los avances legislativos y la adopción de protocolos humanizados se asocian con mejoras relevantes en la calidad de la atención materno-perinatal, tanto en indicadores clínicos como en la experiencia subjetiva de las usuarias. Sin embargo, la persistencia de variaciones institucionales, limitaciones estructurales y resistencias culturales sugiere que la implementación de estos modelos continúa siendo parcial y desigual. Este escenario confirma la existencia de una brecha entre el reconocimiento normativo de la humanización del parto y su materialización efectiva en la práctica clínica, lo que constituye un desafío central para la gobernanza del sistema de salud colombiano.

Barreras y Desafíos en la Implementación de la Humanización del Parto

A pesar de los avances legislativos y la adopción de protocolos de humanización del parto en Colombia, la implementación efectiva de estas prácticas enfrenta múltiples barreras. Estas limitaciones se presentan en tres niveles principales: institucional, profesional y sociocultural, afectando tanto la calidad de la atención materno-perinatal como la experiencia de las usuarias.

Este capítulo analiza las principales dificultades identificadas en la literatura nacional e internacional, resaltando la necesidad de estrategias integrales que permitan superar estos obstáculos y consolidar un modelo de atención centrado en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Las barreras identificadas no operan de manera aislada, sino que interactúan de forma dinámica y mutuamente reforzante. Las limitaciones estructurales condicionan el desempeño profesional, mientras que las prácticas culturales influyen tanto en la organización institucional como en la relación clínica. Por ello, la implementación de la humanización del parto debe comprenderse como un proceso sistémico en el que los distintos niveles de barrera se interrelacionan.

El análisis de estas barreras se fundamenta en la evidencia reportada en la literatura científica, informes institucionales y evaluaciones disponibles, lo que permite identificar tendencias y patrones recurrentes en distintos contextos asistenciales.

Barreras Institucionales

Desde la perspectiva de la implementación de políticas públicas en salud, la adopción de innovaciones organizacionales depende de factores estructurales, culturales y profesionales que pueden facilitar o limitar su incorporación en la práctica clínica. La humanización del parto, como cambio de paradigma asistencial, implica transformaciones organizacionales profundas que suelen enfrentar resistencias propias de los procesos de cambio institucional.

Las barreras institucionales se relacionan con factores organizativos, logísticos y estructurales que dificultan la implementación de protocolos de humanización.

Limitaciones de Infraestructura

Muchas salas de parto carecen de espacios adecuados para garantizar privacidad, ambientes cálidos y acompañamiento familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Recursos Insuficientes

La falta de insumos, equipos y personal capacitado restringe la adopción de prácticas como posición libre de parto o contacto piel a piel inmediato (Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2024).

Carga Administrativa y Burocrática

Protocolos rígidos y trámites extensos dificultan una atención flexible y centrada en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Estos factores generan una brecha entre la normativa y la práctica clínica cotidiana, afectando la calidad de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Estas limitaciones no se distribuyen de manera homogénea entre instituciones y regiones del país. Las diferencias en disponibilidad de recursos, capacidad tecnológica y organización del servicio generan brechas territoriales en la implementación de la humanización del parto, lo que contribuye a la persistencia de desigualdades en la calidad de la atención materno-perinatal.

Barreras Profesionales

En el ámbito profesional, se identifican obstáculos que limitan la adopción de modelos humanizados:

Resistencia al cambio; algunos profesionales continúan operando bajo enfoques biomédicos tradicionales, dificultando la integración de prácticas centradas en la mujer (Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2024; Ruiz-Rodríguez et al., 2025). Esta

resistencia se relaciona con la persistencia del modelo biomédico tradicional, centrado en el control del riesgo y la intervención técnica, el cual ha estructurado históricamente la formación y la práctica obstétrica. La transición hacia modelos centrados en la mujer implica redefinir roles profesionales, prácticas clínicas y relaciones de poder, lo que puede generar tensiones en el campo asistencial.

Formación humanista insuficiente; persiste una capacitación limitada en comunicación efectiva, derechos de las mujeres y acompañamiento respetuoso durante el parto (López-Martínez, 2022; Gómez & Herrera, 2023).

Sobrecarga laboral; la limitada disponibilidad de personal clínico obstaculiza la aplicación consistente de prácticas humanizadas (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Estas barreras perpetúan la realización de intervenciones innecesarias y afectan negativamente la experiencia de las usuarias (Ruiz-Rodríguez et al., 2025; Ramírez, Torres & Beltrán, 2023).

Barreras socioculturales; los factores socioculturales también influyen en la implementación efectiva de la humanización del parto:

Las creencias y tradiciones constituyen una de las principales barreras socioculturales para la humanización del parto, en tanto que diversas normas culturales pueden limitar la aceptación de prácticas humanizadas como la adopción de posiciones libres durante el trabajo de parto o el acompañamiento familiar, perpetuando modelos tradicionales de atención (Villamizar Vargas, 2021).

Por otra parte, las desigualdades de género y poder se configuran como un obstáculo estructural relevante, ya que las dinámicas patriarcales presentes en el sistema de salud tienden a

restringir la autonomía de las mujeres, situándolas en una posición pasiva dentro del proceso de atención obstétrica (Lugones, 2020; Fernández, 2019).

A su vez, la desinformación y falta de educación en las gestantes limita su capacidad de toma de decisiones, dado que el desconocimiento de sus derechos y de las alternativas de atención disponibles reduce su participación activa durante el parto (Caicedo, 2020; Villamizar Vargas, 2021).

En conjunto, estas barreras evidencian la necesidad de implementar estrategias educativas, participativas y comunitarias que favorezcan la adopción efectiva de protocolos de atención humanizada (Gómez & Herrera, 2023; López-Martínez, 2022). Asimismo, dichas dinámicas socioculturales no solo inciden en las percepciones individuales, sino que también tienden a institucionalizarse en normas implícitas dentro de la interacción clínica, configurando relaciones asimétricas de poder que pueden limitar la autonomía de las mujeres, incluso en contextos donde existen marcos normativos orientados a su protección.

Estrategias Para Superar Barreras y Desafíos

Dado el carácter multidimensional de las barreras identificadas, las estrategias de intervención deben diseñarse desde un enfoque integral que articule transformaciones estructurales, cambios organizacionales, desarrollo profesional y procesos de empoderamiento social.

La literatura identifica diversas estrategias para mitigar los obstáculos a la humanización del parto:

El fortalecimiento de la formación profesional se configura como una estrategia clave para la humanización del parto, en la medida en que la capacitación continua del personal de salud en enfoques de humanización, bioética y comunicación efectiva permite mejorar la calidad

del trato y favorecer una atención centrada en la mujer (Gómez & Herrera, 2023; López-Martínez, 2022).

En cuanto a la mejora de la infraestructura y los recursos, resulta fundamental la adecuación de los espacios físicos, la provisión de insumos adecuados y el fortalecimiento de la disponibilidad de talento humano, condiciones necesarias para garantizar la implementación efectiva de prácticas humanizadas en los servicios obstétricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023; Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2024).

Por su parte, la promoción de la educación comunitaria contribuye al empoderamiento de las mujeres y sus familias, al brindar información clara sobre sus derechos y las opciones disponibles durante el parto, lo que favorece una participación más activa en la toma de decisiones (Caicedo, 2020).

De igual manera, el impulso de un cambio cultural institucional implica integrar principios como el respeto, la autonomía y el trato digno como ejes transversales en la atención obstétrica, promoviendo transformaciones sostenibles en las prácticas de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En conjunto, estas estrategias contribuyen a cerrar la brecha existente entre la normativa y la práctica, mejorando tanto la calidad de la atención como la experiencia de las usuarias (Ruiz-Rodríguez et al., 2025). No obstante, la implementación efectiva de la humanización del parto continúa enfrentando barreras a nivel institucional, profesional y sociocultural. Superarlas requiere:

Compromiso institucional y reorganización de recursos

Capacitación continua en competencias humanistas

Participación comunitaria y empoderamiento de las mujeres.

En este sentido, solo mediante un abordaje integral será posible garantizar que los avances legislativos y los protocolos de atención se traduzcan en mejoras sostenibles en la calidad de la atención materno-perinatal y en la experiencia de las usuarias (Organización Mundial de la Salud, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; Ruiz-Rodríguez et al., 2025).

A manera de conclusión, estos elementos permiten comprender por qué, como se evidenció en el capítulo anterior, los avances normativos y los protocolos institucionales generan mejoras relevantes en algunos contextos, pero no logran una transformación homogénea del sistema de atención. La persistencia de obstáculos estructurales, profesionales y socioculturales explica la variabilidad en los resultados observados.

Discusión

El análisis evidencia que, aunque los avances legislativos en Colombia —particularmente la Ley 2244 de 2022 y la Ley 2433 de 2024— han fortalecido el marco normativo en torno a la humanización del parto, su impacto real continúa siendo limitado debido a la brecha persistente entre la norma y su implementación. Este hallazgo coincide con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), que señala que los cambios legislativos, aunque esenciales, no transforman por sí mismos las prácticas clínicas arraigadas. Así, los resultados permiten responder a la pregunta de investigación al mostrar que la existencia de leyes no garantiza una atención respetuosa si no se modifican los modelos de atención y las dinámicas institucionales (Bohren et al., 2015).

Esta brecha entre regulación y práctica se explica por procesos de implementación institucional complejos que incluyen limitaciones de recursos, cultura organizacional resistente al cambio, estructuras jerárquicas de decisión y ausencia de mecanismos sistemáticos de supervisión clínica. En este sentido, la efectividad normativa depende de la capacidad organizacional para traducir los mandatos legales en transformaciones operativas sostenidas.

Si bien se evidencian avances como el acompañamiento continuo, el contacto piel a piel y la disminución de intervenciones innecesarias, estas mejoras se concentran en instituciones con mayor capacidad organizacional o con liderazgo clínico consolidado. Este patrón concuerda con la literatura sobre calidad en salud, que destaca que la cultura institucional y los modelos de gestión influyen decisivamente en la adopción de prácticas centradas en la mujer (Avedis Donabedian, 2003; Institute for Healthcare Improvement, 2020). Por ello, puede afirmarse que los objetivos de esta revisión se cumplen al identificar que las barreras no responden únicamente a fallas normativas, sino a diferencias estructurales y gerenciales entre instituciones.

Este hallazgo es consistente con los modelos de implementación de innovaciones en salud, que señalan que la adopción de nuevos enfoques asistenciales depende de la interacción entre liderazgo organizacional, cultura profesional, disponibilidad de recursos y sistemas de monitoreo del desempeño.

Las barreras identificadas infraestructura limitada, déficit de formación en competencias humanizadas y resistencia cultural coinciden con informes de la OPS (2020) y con estudios que documentan cómo los modelos biomédicos tradicionales dificultan la transición hacia modelos de cuidado respetuoso (Sadler et al., 2016). Esta persistencia del modelo intervencionista ha sido interpretada en la literatura como una forma de medicalización del proceso reproductivo que puede derivar en prácticas de violencia obstétrica institucionalizada cuando limita la autonomía y el consentimiento informado de las mujeres.

En zonas rurales, estas dificultades se acentúan, lo cual evidencia desigualdades territoriales estructurales también descritas por Minsalud (2021). Esta divergencia sugiere que la implementación debe adaptarse al territorio, lo que tiene implicaciones directas para la gerencia y auditoría de calidad, desde la planificación de recursos hasta el monitoreo diferenciado de indicadores. Estas diferencias territoriales reflejan desigualdades estructurales del sistema de salud colombiano relacionadas con la distribución de recursos, la capacidad resolutiva institucional y las condiciones de acceso a servicios especializados, lo que genera escenarios heterogéneos de implementación de la humanización del parto.

Desde la perspectiva de las usuarias, los resultados muestran mejoras en la percepción de respeto, autonomía y participación en instituciones que implementan modelos centrados en la mujer. Estas percepciones están alineadas con marcos internacionales de derechos humanos que promueven el trato digno y el consentimiento informado como pilares del cuidado obstétrico

(ACNUDH, 2019). Además, la literatura indica que estas experiencias se asocian con mejores resultados materno-perinatales y con menores niveles de ansiedad (Bohren et al., 2019), lo que confirma que la humanización del parto es también un componente esencial de la seguridad del paciente. En este sentido, la humanización del parto trasciende la dimensión ética y relacional para constituirse en una estrategia de mejora de la calidad clínica, al reducir intervenciones innecesarias, optimizar la toma de decisiones compartida y fortalecer la adherencia a prácticas basadas en evidencia.

Asimismo, la reducción de cesáreas injustificadas, el descenso de episiotomías rutinarias y el aumento de la lactancia temprana en instituciones que adoptan modelos humanizados se corresponden con las recomendaciones de la OMS (2021) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2020). Sin embargo, el hecho de que estos beneficios no se observen de manera uniforme indica que el sistema de salud colombiano sigue operando en gran medida bajo un modelo biomédico intervencionista, en contraste con estándares internacionales como los de Joint Commission (2022), que promueven la atención centrada en la persona. Esta discrepancia evidencia que el país ha avanzado normativamente, pero requiere fortalecer la gobernanza clínica y los mecanismos de auditoría para garantizar un impacto sostenido, lo que implica desarrollar sistemas de auditoría obstétrica, monitoreo continuo de indicadores de calidad, evaluación de la experiencia de las usuarias y mecanismos de rendición de cuentas institucional que permitan verificar el cumplimiento efectivo de los estándares de atención respetuosa.

En conjunto, los hallazgos indican que la humanización del parto en Colombia constituye un proceso de transformación organizacional complejo que depende de la interacción entre regulación normativa, capacidad institucional, cultura profesional y condiciones socioculturales.

La existencia de leyes representa una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar cambios en la práctica clínica. La consolidación del modelo humanizado requiere sistemas efectivos de implementación, supervisión normativa, formación continua del talento humano y transformaciones culturales sostenidas dentro de las instituciones de salud.

Conclusiones

La revisión permite afirmar que Colombia ha logrado construir un marco legislativo sólido que reconoce la importancia de la humanización del parto y protege el derecho de las mujeres a recibir un trato digno, informado y respetuoso. Sin embargo, estos avances no se traducen de manera uniforme en la práctica clínica. La brecha entre lo normativo y lo operativo evidencia que la adopción real del modelo humanizado depende de factores institucionales como la capacidad organizacional, la existencia de protocolos internos actualizados y la coherencia entre la gestión directiva y la práctica asistencial. En este sentido, aunque la normatividad constituye un punto de partida esencial, su impacto se ve limitado por las desigualdades estructurales del sistema de salud y por la lenta apropiación del enfoque por parte de las instituciones prestadoras. Esta brecha se origina en procesos de implementación institucional complejos, donde intervienen limitaciones de recursos, cultura organizacional, modelos de gestión clínica y mecanismos insuficientes de supervisión, lo que dificulta traducir los mandatos legales en transformaciones operativas sostenidas.

Los hallazgos muestran que la insuficiencia de infraestructura, la falta de ambientes adecuados para un parto respetado, el déficit en la formación humanista del talento humano y la permanencia de un modelo biomédico centrado en la intervención continúan siendo obstáculos determinantes. Estas barreras no solo dificultan la adopción plena de prácticas humanizadas, sino que también reflejan dinámicas culturales arraigadas que limitan el protagonismo de la mujer en su propio proceso de parto. Asimismo, persisten relaciones verticales entre profesionales de salud y gestantes, lo que restringe la toma de decisiones informadas y mantiene un modelo asistencial que prioriza la eficiencia clínica por encima de la experiencia emocional, social y espiritual del nacimiento.

Las experiencias institucionales analizadas demuestran que cuando los protocolos de humanización se aplican de forma consistente —incluyendo acompañamiento continuo, contacto piel a piel, respeto por los tiempos fisiológicos y reducción de intervenciones no justificadas— se producen mejoras sustanciales en la calidad de la atención. Estas incluyen reducción de complicaciones obstétricas, fortalecimiento del vínculo madre–recién nacido, mayor estabilidad emocional durante el proceso del parto y una disminución del riesgo de trauma obstétrico y psicológico. Además, se incrementan los indicadores de satisfacción, lo que evidencia que la humanización no solo aporta beneficios clínicos, sino también psicosociales y relacionales. En conjunto, estos resultados confirman que el modelo humanizado es coherente con los estándares internacionales de calidad y seguridad del paciente.

Finalmente, la humanización del parto debe comprenderse como un proceso de transformación organizacional y cultural del sistema de salud que requiere coherencia entre regulación, capacidad institucional y cambio profesional. La existencia de un marco normativo constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar una atención respetuosa. Su consolidación depende de la implementación efectiva, la supervisión permanente, la formación continua del talento humano y el reconocimiento de las mujeres como sujetas activas de derechos dentro del proceso reproductivo. La presente monografía permitió analizar, a partir de una revisión documental, los fundamentos teóricos, normativos y estratégicos que sustentan la humanización de la atención del parto en Colombia, evidenciando avances significativos en la incorporación de enfoques centrados en la mujer, el respeto por los derechos reproductivos y la implementación progresiva de prácticas clínicas basadas en evidencia científica. El análisis realizado muestra que la humanización del parto constituye no solo una propuesta ética, sino también una estrategia orientada al mejoramiento de la calidad de la atención materno-perinatal y

al fortalecimiento de la experiencia del nacimiento como proceso integral. No obstante, al basarse en fuentes documentales, los hallazgos corresponden principalmente a una aproximación teórica y normativa del fenómeno, lo que evidencia la necesidad de continuar desarrollando investigaciones empíricas que permitan evaluar la implementación real de los protocolos de humanización en diversos contextos territoriales e institucionales del país. Asimismo, resulta fundamental profundizar en estudios que exploren la percepción de las usuarias y la cultura organizacional del talento humano en salud, con el propósito de comprender los factores que facilitan o limitan la consolidación de modelos de atención humanizada. En conjunto, este trabajo aporta una visión integradora del estado actual de la humanización del parto en Colombia y resalta la importancia de fortalecer la articulación entre normatividad, práctica clínica e investigación aplicada, como elementos esenciales para avanzar hacia una atención materna más digna, segura y centrada en las necesidades de las mujeres y sus familias.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se establecen las siguientes recomendaciones para fortalecer la implementación efectiva del parto humanizado en Colombia:

Fortalecer la formación del talento humano en salud mediante programas permanentes de capacitación en competencias humanistas, comunicación asertiva, enfoque diferencial y derechos sexuales y reproductivos, con el fin de promover una atención más empática y centrada en la mujer.

Garantizar que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud adopten y actualicen protocolos oficiales de parto humanizado basados en evidencia científica, asegurando su cumplimiento a través de auditorías internas y seguimiento institucional.

Aumentar la inversión en infraestructura hospitalaria, adecuando espacios para permitir privacidad, acompañamiento continuo y ambientes adecuados durante el trabajo de parto, especialmente en regiones rurales y de difícil acceso.

Promover campañas de sensibilización dirigidas a las gestantes y sus familias sobre sus derechos durante el parto, el consentimiento informado y las alternativas disponibles para mejorar la experiencia obstétrica.

Fortalecer los mecanismos de supervisión y control por parte de organismos estatales, con el fin de garantizar que la legislación vigente se aplique de manera uniforme en instituciones públicas y privadas del país.

Implementar estrategias de apoyo psicoemocional para las mujeres durante el parto, integrando profesionales en psicología perinatal y facilitando el acompañamiento familiar continuo como parte del proceso asistencial.

Reducir la resistencia al cambio dentro del personal de salud fomentando entornos laborales colaborativos, incentivando buenas prácticas y promoviendo una cultura organizacional basada en el respeto, la ética y la autonomía de la usuaria.

Impulsar investigaciones adicionales que evalúen los impactos de la humanización del parto en resultados clínicos, percepciones maternas y costos institucionales, permitiendo la toma de decisiones fundamentadas en evidencia actualizada.

Fortalecer el acceso a la atención integral en territorios vulnerables, garantizando equidad, pertinencia cultural y acompañamiento diferenciado para comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes.

Incorporar la perspectiva de las usuarias en el diseño y evaluación de programas de humanización, mediante encuestas, comités participativos y retroalimentación constante, asegurando que sus necesidades sean escuchadas e integradas al proceso.

Referencias Bibliográficas

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017).
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017).
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Caicedo, J. (2020). Experiencia de mujeres en programas de parto humanizado en Cúcuta. *Revista Médica Universitaria*, 18(3), 45–54.
- Caicedo, J., & Villamizar, F. (2021). Educación y empoderamiento de usuarias para la humanización del parto en Colombia. *Revista Médica Universitaria*, 19(2), 67–78.
- Caicedo, Y. (2020). Satisfacción del parto humanizado en usuarias del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Universidad EAN.
- Congreso de la República de Colombia. (2022). Ley 2244 de 2022: Por la cual se garantiza el derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato. *Diario Oficial* 52.030.
- Congreso de la República de Colombia. (2024). Ley 2433 de 2024: Disposiciones para garantizar la atención humanizada durante el parto. *Diario Oficial* 53.412.
- Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766.

- Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
<https://doi.org/10.2307/1229039>
- Defensoría del Pueblo. (2023). Informe nacional sobre violencia obstétrica y atención materna en Colombia. Defensoría del Pueblo.
- Díaz, A., & Sarmiento, N. (2023). Cultura institucional y violencia obstétrica en hospitales públicos colombianos. *Salud Pública y Sociedad*, 11(1), 12–29.
- Diniz, C. S. G. (2021). Humanization of childbirth care: An international challenge. *Reproductive Health Matters*, 29(1), 1–10.
- Fernández, C. (2019). Parto y poder: la construcción social del cuerpo femenino en la medicina moderna. *Revista de Estudios de Género*, 15(2), 55–70.
- Fernández, L., & Martínez, P. (2021). Factores institucionales y profesionales que afectan la humanización del parto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(3), 145–156.
- Fernández, P. (2019). Género, poder y atención obstétrica: Retos de la humanización del parto. *Editorial Académica*.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Gallimard. Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E.,
- Gómez, A., & Ramírez, C. (2020). Resistencia al cambio en profesionales de la salud ante la implementación de protocolos de parto humanizado. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 35–44.

- Hill, M., & Hupe, P. (2014). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance* (3rd ed.). Sage.
<https://books.google.rw/books?id=FmB9AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=no#v=onepage&q&f=false>
- Hospital Universitario Erasmo Meoz. (2023). *Reporte de indicadores de calidad obstétrica*. H.U. Erasmo Meoz.
- Hospital Universitario San José. (2022). *Diagnóstico institucional sobre infraestructura y recursos para atención humanizada del parto*. H.U. San José.
- Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915–917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service* (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.
https://books.google.com.co/books?id=cs_djgS5vUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Lugones, M. (2020). *Colonialidad y género: Hacia un feminismo decolonial*. Ediciones Godot.
- Lugones, M. (2020). *Perspectiva sociocultural sobre la maternidad y el parto*. Ediciones Feministas.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Guía nacional de atención obstétrica basada en derechos humanos*. MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Programa de capacitación en humanización del parto para profesionales de la salud*. MinSalud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Informe nacional de implementación del parto humanizado en instituciones prestadoras de servicios de salud. MinSalud.
- Observatorio de Violencia Obstétrica de Venezuela. (2022). Informe anual sobre maltrato institucional en salas de parto. OVO Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y eliminación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS: Cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Episiotomía: uso restringido y basado en evidencia. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Recomendaciones de la OMS para la atención del parto. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Modelo de atención centrada en la persona y la familia en los servicios de salud. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Atención respetuosa del parto y nacimiento: Marco de acción para América Latina y el Caribe. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Barreras para la humanización del parto en América Latina. OPS.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1984). Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland (3rd ed.). University of California Press.

https://books.google.com.co/books?id=oV0yetu_GSQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

- Ross, T., & Almeida, S. (2023). Cesarean section rates and humanized birth practices in Latin America. *Reproductive Health Journal*, 20(5), 422–437.
- Ross, T., Almeida, S., et al. (2023). COVID-19 threatens the progress of humanised childbirth practices: Lessons from Latin America. *Reproductive Health*, 20(2), 55–66.
- Ruíz Alarcón, R. A. (2019). Estudio de la violencia obstétrica: Una noción invisible en el marco jurídico y jurisprudencial de la responsabilidad médica en Colombia. Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Ruiz-Rodríguez, J., Gómez-Morales, L., & Pérez-Cárdenas, R. (2025). Evaluation of woman-centered care protocols in Colombian hospitals. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 76(1), 15–28.
- Ruiz-Rodríguez, M., Gómez, L., & Silva, J. (2025). Humanized childbirth in Colombia: Prevalence and associated factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 112–121.
- Sarmiento Rodríguez, N. N. (2023). Protocolo para mejorar la implementación del enfoque de parto humanizado en Colombia. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2018). Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *The Lancet*, 391(10131), 2526–2534. <https://archive.ids.ac.uk/mab/files/unequal-unfair-ineffective-and-inefficient-gender-inequity-health-why-it-exists-and-how-we-can.html>
- Sheikh, K., Gilson, L., Agyepong, I. A., Hanson, K., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: Framing the questions. *PLOS Medicine*, 8(8), e1001073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001073>

Villamizar Vargas, F. (2021). Percepción de la atención humanizada por parte de usuarias en hospitales de Cúcuta. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 112–120.

Villamizar Vargas, L. M. (2021). Percepción de las gestantes sobre la atención obstétrica en Cúcuta. Universidad Simón Bolívar.

Apéndices

Apéndice A

Matriz de Artículos

Autor	Año	Título	País	Tipo de estudio	Enlace
Bohren MA et al.	2017	Continuous support for women during childbirth	Internacional	Revisión sistemática (Cochrane)	https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6
Bohren MA et al.	2015	The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally	Internacional	Revisión sistemática mixta	https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847
Caicedo J	2020	Experiencia de mujeres en programas de parto humanizado en Cúcuta	Colombia	Artículo científico	—
Caicedo J & Villamizar F	2021	Educación y empoderamiento de usuarias para la humanización del parto	Colombia	Artículo científico	—
Caicedo Y	2020	Satisfacción del parto humanizado en usuarias del Hospital Universitario Erasmo Meoz	Colombia	Tesis	—
Congreso de la República de Colombia	2022	Ley 2244 de 2022: Derecho al acompañamiento durante el parto	Colombia	Documento normativo	—
Congreso de la República de Colombia	2024	Ley 2433 de 2024: Atención humanizada durante el parto	Colombia	Documento normativo	—
Crenshaw K	1991	Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color	EE. UU.	Artículo teórico	https://doi.org/10.2307/1229039

Nota. Elaboración propia a partir de la Revisión Literaria

Apéndice B

Continuación Matriz de Artículos

Defensoría del Pueblo	2023	Informe nacional sobre violencia obstétrica y atención materna	Colombia	Informe institucional	—
Díaz A & Sarmiento N	2023	Cultura institucional y violencia obstétrica en hospitales públicos	Colombia	Artículo científico	—
Diniz CSG	2021	Humanization of childbirth care: An international challenge	Internacional	Artículo científico	—
Fernández C	2019	Parto y poder: la construcción social del cuerpo femenino	Internacional	Artículo teórico	—
Fernández L & Martínez P	2021	Factores institucionales y profesionales que afectan la humanización del parto	Colombia	Artículo científico	—
Foucault M	1975	Vigilar y castigar	Francia	Libro teórico	—
Freedman LP et al.	2014	Defining disrespect and abuse of women in childbirth	Internacional	Artículo científico	https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869
Gómez A & Ramírez C	2020	Resistencia al cambio en profesionales ante protocolos humanizados	Colombia	Artículo científico	—
Hill M & Hupe P	2014	Implementing public policy	Internacional	Libro académico	—
Lipsky M	2010	Street-Level Bureaucracy	EE. UU.	Libro teórico	—

Nota. Elaboración propia a partir de la Revisión Literaria

Apéndice C

Continuación Matriz de Artículos.

Lugones M	2020	Colonialidad y género	Internacional	Libro teórico	—
Ministerio de Salud y Protección Social	2024	Guía nacional de atención obstétrica basada en derechos humanos	Colombia	Guía técnica	—
Ministerio de Salud y Protección Social	2024	Informe nacional implementación parto humanizado	Colombia	Informe institucional	—
OMS	2014	Prevención y eliminación del maltrato durante el parto	Internacional	Guía técnica	—
OMS	2018	Intrapartum care for a positive childbirth experience	Internacional	Recomendaciones clínicas	—
OMS	2023	Recomendaciones para la atención del parto	Internacional	Guía técnica	—
OPS	2016	Modelo de atención centrada en la persona y la familia	Internacional	Documento técnico	—
OPS	2021	Atención respetuosa del parto y nacimiento	Internacional	Marco de acción	—
Ross T & Almeida S	2023	Cesarean section rates and humanized birth practices in Latin America	Internacional	Artículo científico	—

Nota. Elaboración propia a partir de la Revisión Literaria