








Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre parto humanizado y culturalmente seguro*

Isabel Cristina Peña-Eraso¹,  Martha Cecilia Segura²,  María Camila Rodríguez-van der Hammen³,  Adriana Peregrina Meléndez-Bolaños⁴,  Lidia Jisel Pinto-Quinayás⁵,  Roberth Alirio Ortiz-Martínez⁶,  Pablo José Montoya-Chica⁷ 

- 1 Especialista en Ginecología y Obstetricia, y en Gerencia de Calidad y Auditoría en Salud. Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Colombia. Isabel.pena@sinergiasong.org, ginecoisabel@gmail.com
- 2 Especialista en Salud Maternoperinatal. Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Colombia. marthaceciliasigura@gmail.com, martha.segura@sinergiasong.org
- 3 Magíster en Salud Pública. Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Colombia. mc.rodriguez@sinergiasong.org
- 4 Magíster en Gerencia en Servicios de Salud y en Epidemiología. Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Colombia. adrianamelendezbolanos@gmail.com
- 5 Especialista en Administración Hospitalaria, y en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología. Alcaldía de Popayán, Secretaría Municipal de la Mujer. Colombia. jiselpinto@gmail.com
- 6 Magíster en Epidemiología Clínica, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Cauca. Colombia. roberth@unicauca.edu.co
- 7 Magíster en Salud Pública. Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Colombia. pmontoya@sinergiasong.org

Resumen

Objetivo: Evaluar conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado y culturalmente seguro, su aplicación práctica, y disposición para implementar adecuaciones socioculturales entre el personal de salud que atiende nacimientos en 10 municipios del departamento del Cauca, Colombia

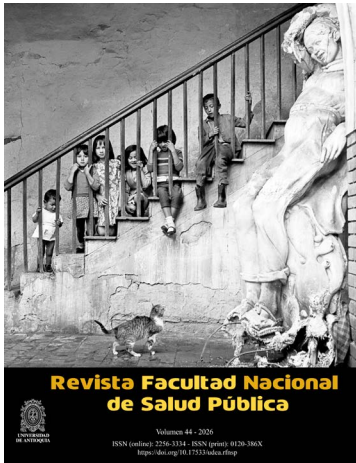
Métodos: Estudio transversal desarrollado entre septiembre y diciembre de 2023. Un total de 170 profesionales y técnicos que participan de la atención de los nacimientos en 12 instituciones de 10 municipios del Cauca fueron vinculados mediante muestreo aleatorio por conveniencia. El instrumento exploró tres dimensiones: conocimientos, actitudes y prácticas, y la disposición para implementar adecuaciones socioculturales. Se categorizaron puntajes por cada dimensión como Suficiente ($\geq 80\%$), Regular (60-79 %) e Insuficiente ($\leq 59\%$).

Resultados: El 60 % de los participantes mostró conocimientos suficientes; solo el 31,2 % identificó los beneficios de las posiciones verticales en el parto. Aunque el 81,1 % obtuvo puntaje suficiente en actitudes, solo el 35,9 % expresó acuerdo con la participación de parteras tradicionales. El 16,5 % alcanzó puntaje suficiente en prácticas. En este caso, persisten intervenciones como episiotomías rutinarias (29 %) y restricción del acompañamiento por partera tradicional (44,6 %). Se percibe mayor resistencia a implementar adecuaciones socioculturales entre especialistas (31 %) y administrativos (25 %), que en personal técnico (7 %).

Conclusión: Se evidenció discordancia entre los conocimientos, el discurso intercultural y su aplicación en la atención materna, con prácticas medicalizadas arraigadas institucionalmente, hallazgos que exigen acciones para mejorar competencias técnicas y no técnicas para la atención humanizada del parto y con pertinencia sociocultural

-----**Palabras clave:** actitud del personal de salud, atención de la salud, parto humanizado, salud materna.

* Este artículo es producto de la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a parto humanizado y culturalmente seguro, entre el talento humano en salud de los servicios que atienden partos en los municipios del departamento del Cauca”, inscrita ante Comité de Ética del Hospital Universitario San Jorge, código interno 00128HUSJ-CI, y llevada a cabo entre el 25 de septiembre y 12 de diciembre de 2023



Título: Los niños de la casa vieja
Autor: Hernán Díaz Giraldo - Fotógrafo
Bogotá

Créditos: Rafael Moure (cesión de derechos)
/ Biblioteca Luis Ángel Arango - Banco de la República- Colombia

Volumen 44, 2026

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e361437>

Recibido: 08/07/2025
Aprobado: 07/04/2026
Publicado: 24/04/2026

Cita:

Peña-Eraso IC, Segura MC, Rodríguez-Van der Hammen MC, Meléndez-Bolaños AP, Pinto-Quinayás LJ, Ortiz-Martínez RA, Montoya-Chica PJ. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre parto humanizado y culturalmente seguro. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2026;44:e361437. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e361437>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Knowledge, attitudes and practices of health personnel regarding humanized and culturally safe childbirth

Abstract

Objective: To evaluate knowledge and attitudes about humanized and culturally safe childbirth, its practical application, and willingness to implement sociocultural adaptations among healthcare personnel attending births in 10 municipalities of the Cauca Department, Colombia.

Methods: A cross-sectional study was conducted between September and December 2023. A total of 170 professionals and technicians involved in childbirth care at 12 institutions in 10 municipalities of Cauca were recruited using convenience sampling. The instrument explored three dimensions: knowledge, attitudes and practices, and willingness to implement sociocultural adaptations. Scores for each dimension were categorized as Sufficient ($\geq 80\%$), Fair (60–79%), and Insufficient ($\leq 59\%$).

Results: 60% of participants demonstrated sufficient knowledge; only 31.2% identified the benefits of upright positions during childbirth. Although 81.1% scored sufficiently on attitudes, only 35.9% expressed agreement with the participation of traditional birth attendants. 16.5% achieved a sufficient score on practices. In this case, interventions such as routine episiotomies (29%) and restrictions on traditional birth attendant accompaniment (44.6%) persist. Greater resistance to implementing sociocultural adaptations is perceived among specialists (31%) and administrative staff (25%) than among technical personnel (7%).

Conclusion: A discrepancy was evident between knowledge, intercultural discourse, and its application in maternal care, with institutionally entrenched medicalized practices. These findings demand action to improve technical and non-technical skills for humanized childbirth care that is socioculturally relevant.

-----*Keywords:* health personnel attitudes, health care, humanized childbirth, maternal health.

Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação ao parto humanizado e culturalmente seguro.

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento e as atitudes sobre o parto humanizado e culturalmente seguro, sua aplicação prática e a disposição para implementar adaptações socioculturais entre profissionais de saúde que assistem partos em 10 municípios do Departamento de Cauca, Colômbia.

Métodos: Um estudo transversal foi conduzido entre setembro e dezembro de 2023. Um total de 170 profissionais e técnicos envolvidos na assistência ao parto em 12 instituições em 10 municípios de Cauca foram recrutados por meio de amostragem por conveniência. O instrumento explorou três dimensões: conhecimento, atitudes e práticas, e disposição para implementar adaptações socioculturais. As pontuações para cada dimensão foram categorizadas como Suficiente ($\geq 80\%$), Regular (60–79%) e Insuficiente ($\leq 59\%$).

Resultados: 60% dos participantes demonstraram conhecimento suficiente; apenas 31,2% identificaram os benefícios das posições verticais durante o parto. Embora 81,1% tenham pontuado suficientemente em atitudes, apenas 35,9% expressaram concordância com a participação de parteiras tradicionais. 16,5% alcançaram uma pontuação suficiente nas práticas. Nesse caso, intervenções como episiotomias de rotina (29%) e restrições ao acompanhamento tradicional pelo profissional de saúde durante o parto (44,6%) persistem. Percebe-se maior resistência à implementação de adaptações socioculturais entre especialistas (31%) e pessoal administrativo (25%) do que entre o pessoal técnico (7%).

Conclusão: Evidenciou-se uma discrepância entre o conhecimento, o discurso intercultural e sua aplicação na assistência materna, com práticas medicalizadas institucionalmente arraigadas. Esses achados exigem ações para aprimorar as habilidades técnicas e não técnicas para uma assistência ao parto humanizada e socioculturalmente relevante.

-----*Palavras-chave:* atitudes de profissionais de saúde, assistência à saúde, parto humanizado, saúde materna.

Introducción

Un pilar fundamental en la reducción de morbimortalidad materna y perinatal es el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y atención materna seguros, aceptables y de buena calidad [1]. Esto es particularmente crucial al momento del nacimiento, cuando pueden surgir complicaciones que aumentan el riesgo de enfermar y morir [2]. A pesar de la recomendación, algunas mujeres no acuden a los servicios institucionales, por diversos motivos, como el miedo al entorno hospitalario, las experiencias de maltrato en las instituciones de salud, la falta de adaptación cultural de los servicios de parto y las barreras de acceso geográficas y administrativas [3-6].

Los datos en salud materna y perinatal exhiben disparidad, con mayor afectación de mujeres con diversidad étnica [7]. Para América Latina y el Caribe, la mortalidad materna entre mujeres indígenas es “inaceptablemente alta”, y la disponibilidad y calidad del dato de etnicidad es limitada porque no todos los países la reportan [8]. En Colombia, la discrepancia está bien documentada: para finales del año 2025, la razón de muerte materna nacional era de 45,7, comparada con 191,0 entre mujeres con pertenencia indígena y 114,6 entre afrodescendientes [9]; en el Cauca, las mujeres con diversidad étnica tienen un riesgo 1,5 y 1,8 veces mayor de mortalidad materna, si se identifican como afrodescendientes o como indígenas, respectivamente [10].

El departamento del Cauca, con el 24,8 % de sus habitantes autoidentificados como indígenas y el 19,7 % como afrodescendientes [11], se convierte en un escenario crítico para examinar la disparidad. Además de la configuración sociocultural, la coexistencia de sistemas médicos tradicionales junto al modelo biomédico ocasiona tensiones particulares en la atención del parto [12], lo que genera desconfianza hacia los servicios de salud, especialmente entre comunidades étnicas [13].

La implementación del parto humanizado y culturalmente seguro surge como estrategia esencial para garantizar los derechos sexuales y reproductivos [1,2]. Su enfoque integrador, que combina evidencia científica con pertinencia cultural [14], es prometedor para reducir la mortalidad materna, en contextos multiculturales como América Latina, entrando en consonancia con la política de etnicidad y salud de la Organización Panamericana de la salud (OPS) [15]. Esto se alinea en Colombia tanto con el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE) [16], que promueve la perspectiva intercultural en el abordaje de las disparidades en salud materna, como con los avances normativos mediante la Constitución Política de 1991 [17, artículo 7], la Ley Estatutaria 1751 de 2015 [18] que reconocen el derecho a la salud intercultural, y la Ley 2244

de 2022 [19] y la Resolución 3280 de 2018 [20], que abogan por el parto humanizado [21,22].

No obstante, persisten obstáculos para su implementación, desde resistencias institucionales que perpetúan medicalización excesiva contraviniendo recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2], paradigmas tecnocráticos dominantes en obstetricia que colisionan con enfoques humanizados e interculturales [23], brechas interculturales manifestadas en tratos irrespetuosos y desconocimiento de prácticas ancestrales validadas [24], hasta la insuficiente formación profesional en competencias interculturales [16]. Estas tensiones se manifiestan agudamente en las relaciones entre personal sanitario institucional y parteras tradicionales, como documentan investigaciones en el Pacífico colombiano [25] y comunidades indígenas mexicanas [26,27]. La violencia obstétrica estructural [28], expresada en prácticas rutinarias, carentes de sustento científico, persisten por dinámicas institucionales arraigadas [29].

Valsiner [30] y Aguilar-Peña *et al.* [31] demuestran que la efectividad de intervenciones en salud materna depende de la capacidad sistémica para integrar perspectivas culturalmente diversas. Este principio reviste especial importancia en el Cauca, donde el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) ha desarrollado modelos de atención complementarios [31].

La presente investigación se inscribe en los esfuerzos por mejorar la atención materna en Colombia, continuando iniciativas previas de Sinergias - Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, que aportan a la adecuación sociocultural de los servicios de salud [32]. Su trascendencia excede el ámbito local, al ofrecer lecciones para Latinoamérica, donde, según la OPS [15], la integración de saberes tradicionales y biomédicos permanece como desafío pendiente.

Asimismo, el estudio examina las tensiones entre los discursos interculturales y las resistencias a la participación de parteras tradicionales [33]. Se enfoca en el personal de salud, para explorar cuál es el nivel de conocimiento, las actitudes y con qué frecuencia se ponen en práctica las recomendaciones para la atención humanizada y culturalmente seguro del parto, y cuál es la disposición para implementar adecuaciones socioculturales.

Esta información servirá como punto de referencia para la implementación de acciones encaminadas al mejoramiento de las capacidades técnicas y no técnicas del personal de salud, y el mejoramiento continuo de la calidad y la pertinencia intercultural de las instituciones de salud, importantes para la implementación de la Ley 2244 de 2022 [19] y los decretos reglamentarios que buscan materializar el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) en Colombia [34,35].

Métodos

Estudio transversal cuantitativo, realizado entre septiembre y diciembre de 2023 en el departamento del Cauca, Colombia.

El universo comprende el personal de salud que participa en la atención de nacimientos en Cauca. Se convocó, mediante correo electrónico a gerentes de 15 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales 12 aceptaron participar, autorizando contactar al coordinador o la coordinadora de servicios de atención de nacimientos, quien se encargó de compartir el enlace de la encuesta a sus equipos de trabajo en las diferentes organizaciones.

De las 12 instituciones se tomó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a 170 personas que decidieron participar voluntariamente.

La encuesta fue diseñada en el marco del Diploma de Pertinencia Intercultural de Servicios de Cuidado Materno Perinatal, desarrollado por la Universidad del Cauca, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y Sinergias. Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social y fue validada por profesionales que participaron de este. Para la encuesta, se seleccionaron los temas teniendo en cuenta la situación epidemiológica de salud materno perinatal y las recomendaciones para parto humanizado y culturalmente seguro de la OMS y la OPS.

Los investigadores presentamos las preguntas o afirmaciones con respuestas y escalas de Likert, y cinco participantes del diplomado con experiencia en salud pública, docencia y amplio recorrido dentro del departamento y su diversidad étnica y cultural (una ginecobstetra asistencial del nivel complementario, una médica asistencial del nivel básico del SISPI, y tres enfermeras profesionales —una docente universitaria, otra especialista en salud materno perinatal y otra magíster en Salud Pública—) hicieron sus recomendaciones en la validación de suficiencia, claridad y relevancia.

El instrumento, diseñado en formato electrónico, mediante la plataforma KoboToolbox®, se envió para autodiligenciamiento anónimo por parte del personal de salud, previo consentimiento informado.

La encuesta, denominada “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”, tenía seis secciones: 1) información sobre la investigación, 2) características sociodemográficas de los participantes, 3) preguntas de conocimientos sobre parto humanizado y culturalmente seguro, 4) afirmaciones sobre recomendaciones para esta atención, con opciones Likert para expresar acuerdo o desacuerdo, 5) afirmaciones sobre la puesta en práctica de dichas recomendaciones, con Likert de frecuencia de uso, y 6) disponibilidad

para implementar adecuaciones socioculturales en su entorno.

Para el análisis de datos, se utilizó el paquete estadístico Stata® (StataCorp. College Station, Texas, USA, versión 15). En dicho análisis se calcularon proporciones y medidas de tendencia central para las características sociodemográficas. Se asignó valor a cada ítem dentro de las categorías; un punto por cada acierto en conocimientos (máximo 19), un puntaje en escala para el nivel de acuerdo en las actitudes (máximo 35) y un puntaje en escala para la frecuencia de uso de las prácticas (máximo 64).

El puntaje general para cada dimensión (conocimientos, actitudes y prácticas) se categorizó como “Suficiente” ($\geq 80\%$), “Regular” (60-79 %) e “Insuficiente” ($\leq 59\%$).

Además, se exploró la correlación entre dimensiones, utilizando el ji al cuadrado. Para las preguntas de percepción se llevó a cabo un análisis por categorías.

El estudio está regido por normas bioéticas nacionales e internacionales vigentes, como el código de Núremberg [36], la declaración de Helsinki [37] y el reporte Belmont [38]; y por las normas del Código Civil Colombiano [39], en su artículo 1502, la Ley 23 de 1981 [40], el Decreto 3380 de 1981 [41] y la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia [42].

Además, el estudio contó con aval de los comités de ética del Hospital Universitario San José de Popayán (Aval 39-2023), Hospital Susana López de Valencia (Acta 05 del 27 septiembre de 2023) y Clínica La Estancia (Acta 02 del 19 octubre de 2023), y la autorización de las gerencias de las instituciones participantes.

Se garantizó el anonimato de los participantes y el uso confidencial de la información.

Resultados

El estudio incluyó 170 profesionales (administrativos y asistenciales) y técnicos de la salud de 12 instituciones, 3 de nivel complementario ubicadas en Popayán (dos públicas y una privada) y 9 de nivel primario de municipios con población campesina, indígena, afrocolombiana y mestiza.

El 76,5 % de los participantes eran mujeres, con una edad promedio de 37,5 años (rango 20-68 años). En cuanto a la pertenencia étnica, el 13,5 % se identificó como indígena, el 18,2 % como afrocolombiano y el 68,2 % no reportó pertenencia étnica específica.

Según el perfil profesional, el 55,9 % eran auxiliares de enfermería, seguidos por profesionales de medicina y enfermería.

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1 Caracterización sociodemográfica del personal de salud que respondió la encuesta “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”

Categoría		n	%
Municipio donde labora	Bolívar	18	10,6
	Buenos Aires	12	7,1
	Inzá	10	5,9
	La Sierra	1	0,5
	La Vega	24	14,1
	Popayán	63	37,1
	Páez	13	7,6
	Rosas	4	2,4
	Sotará	1	0,6
Género	Suárez	24	14,1
	Hombre	40	23,5
Edad (años)	Mujer	130	76,5
	20-29	52	30,6
	30-39	50	29,4
	40-49	35	20,6
Pertenencia étnica	50-59	33	19,4
	Indígena	23	13,6
	Afrocolombiano	31	18,2
Perfil profesional	Ninguna	116	68,2
	Auxiliar/técnico en enfermería	95	55,9
	Profesional en enfermería	24	14,1
	Profesional en medicina	30	17,7
	Residente en ginecobstetricia	2	1,2
	Especialista en ginecobstetricia	19	11,1

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”, 2023.

En puntaje general, para la dimensión de conocimientos, el 60 % de los encuestados alcanzó un nivel “Suficiente” ($\geq 15/19$ puntos), mientras que el 37 % tuvo nivel “Regular”; para la dimensión de actitudes, el 81,1 % obtuvo un puntaje general “Suficiente” ($\geq 28/35$ puntos); y para la dimensión de prácticas, tan solo el 16,5 % de profesionales alcanzó un nivel “Suficiente” ($\geq 51/64$ puntos).

La Figura 1 presenta las puntuaciones por perfil profesional y por cada dimensión (conocimientos, actitudes y prácticas) en forma de cajas y bigotes. La línea en la mitad de las cajas corresponde al percentil 50 y en sus externos a los percentiles 25 y 75; los bigotes representan los percentiles 5 (inferior) y 95 (superior), y los puntos representan los valores extremos de puntajes por fuera de este rango. La línea de color verde se ubica en el valor máximo posible (superior), la línea amarilla sobre el puntaje equivalente a nivel “Suficiente” y la línea roja sobre el punto de corte para el puntaje “Regular”.

Al individualizar cada ítem, en la dimensión de conocimientos se revelaron aciertos importantes en aspectos como el contacto piel con piel (95,9 % acertaron) y el amamantamiento inmediato (98,8 %), pero hubo menor acierto en temas fundamentales en la adecuación sociocultural de los servicios: solo el 26,5 % reconoció que la posición de litotomía no es la más funcional, el 31,2 % identificó correctamente las ventajas de la posición vertical y el 51,2 % mostró conceptos erróneos sobre el Plan de Parto como herramienta colaborativa.

Pese a que el 81,1 % logró un puntaje general “suficiente”, con actitudes favorables hacia la humanización del parto, al desglosar sus componentes se evidenció una marcada resistencia hacia aspectos interculturales: mientras el 90 % expresó acuerdo con la capacitación en humanización y el 87,6 % con la estandarización de protocolos, solo el 35,9 % expresó acuerdo con la participación de parteras tradicionales y el 23,5 % con el diálogo con comunidades para adecuaciones culturales.

Al interior de la dimensión de las prácticas se observó una alta adherencia al apoyo del amamantamiento (87,5 % siempre lo realizaba) y al pinzamiento adecuado del cordón umbilical (86 %), pero baja adherencia a otras prácticas, como la elección de la posición al momento del expulsivo: el 30,3 % nunca y el 16,0 % casi nunca les permitían la elección a las mujeres. A pesar de que el 52,9 % siempre y el 19,7 % casi siempre permitía el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, si el acompañante era una partera tradicional: el 17,6 % nunca y el 26,8 % casi nunca facilitaron su acompañamiento, y el 29,0 % prohibía la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto.

La Tabla 2 resume la adherencia a prácticas clave de parto humanizado y culturalmente seguro

Al explorar la disposición para implementar adecuaciones socioculturales, emergen factores institucionales como determinantes clave. Las principales barreras identificadas incluyeron normas institucionales restrictivas, falta de infraestructura adecuada y resistencia organizacional al cambio.

Los técnicos y auxiliares de enfermería se perciben con mayor disposición al cambio (52 %), mientras que los ginecobstetras y administrativos son percibidos con

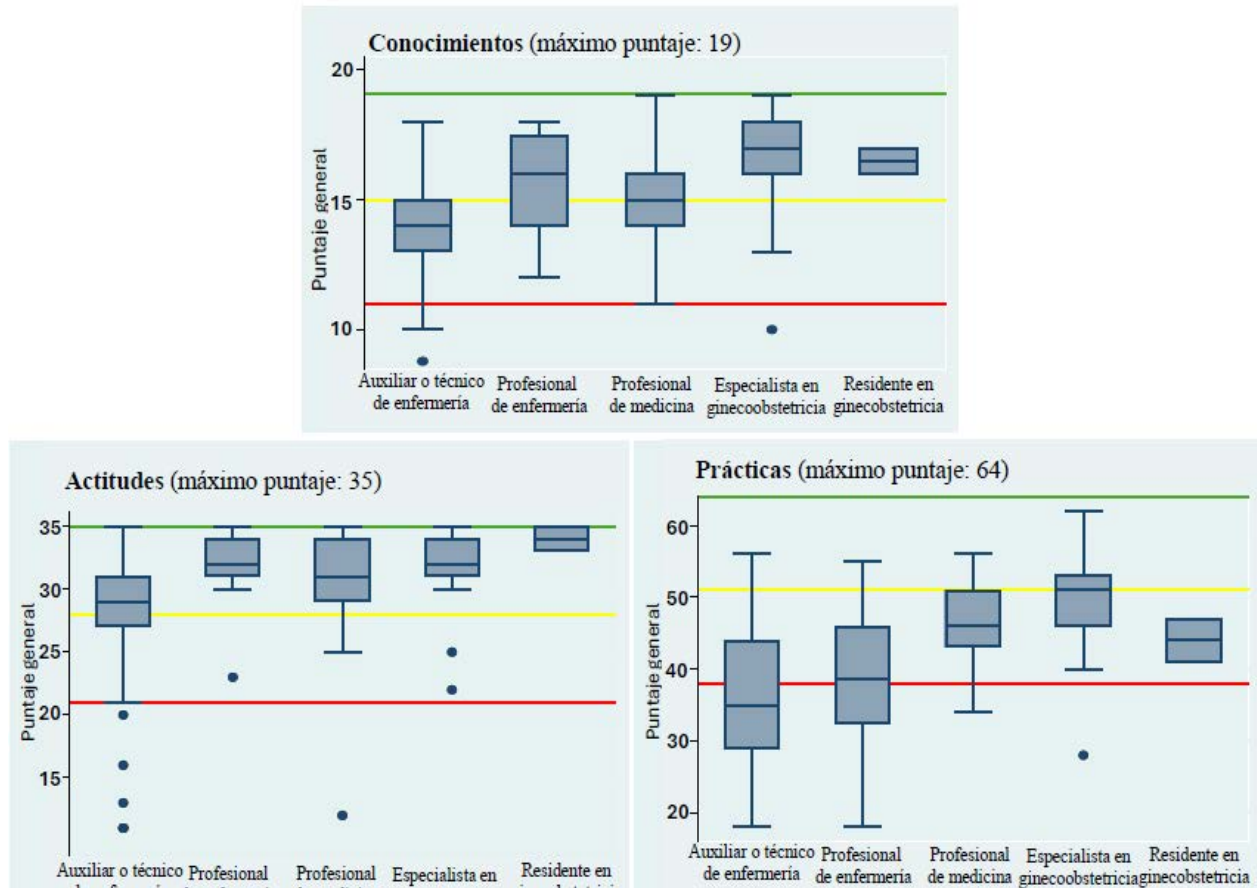


Figura 1. Puntaje general por cada dimensión según perfil profesional

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”, 2023.

Práctica	Nunca		Casi nunca		A veces		Ocasionalmente		Siempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N*	%
Apoyo del amamantamiento en la primera hora de vida	0	0,00	0	0,00	4	2,38	17	10,12	147	87,50	168	100
Promueve el adecuado pinzamiento del cordón	0	0,00	2	1,47	4	2,94	13	9,56	117	86,03	136	100
Permite elegir posición en expulsivo	51	30,36	27	16,07	36	21,43	31	18,45	23	13,69	169	100
Facilita acompañamiento continuo	0	0,00	8	5,10	35	22,29	31	19,75	83	52,94	157	100
Facilita acompañante cuando es partera tradicional	21	17,65	32	26,89	13	10,92	22	18,49	31	26,05	119	100

Práctica	Nunca		Casi nunca		A veces		Ocasionalmente		Siempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N*	%
Permite ingerir alimentos y líquidos en trabajo de parto	45	29,03	12	7,74	28	18,06	27	17,42	43	27,74	155	100

*El denominador para cada práctica es diferente, en el n se excluyen las personas que no respondieron esa pregunta

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”, 2023.

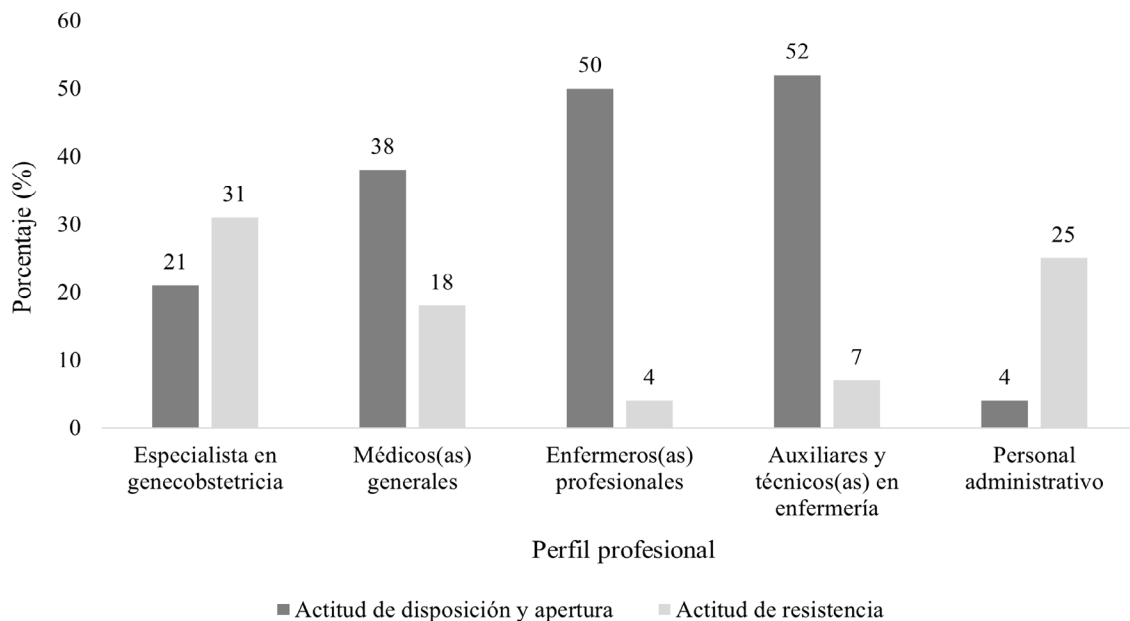


Figura 2. Percepción del personal de salud sobre disposición y resistencia al parto humanizado y culturalmente seguro, según perfil profesional

Fuente: Elaboración propia, a partir de la encuesta “Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la atención humanizada y culturalmente segura del parto en el departamento del Cauca”, 2023.

mayor resistencia (31 % y 25 % respectivamente). La Figura 2 representa estas percepciones.

La correlación entre dimensiones mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre mayores niveles de conocimiento y mejores prácticas, pero no se encontró relación significativa entre actitudes y prácticas ($p > 0,05$), sugiriendo que las actitudes favorables no necesariamente se traducen en cambios conductuales. Esta disociación fue particularmente evidente en aspectos interculturales, donde a pesar del reconocimiento teórico de su importancia, su implementación práctica enfrentó mayores resistencias.

Estos hallazgos revelan significativas discrepancias entre el conocimiento teórico, las actitudes declaradas y las prácticas reales en la atención del parto, particularmente en lo que respecta a la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud materna.

Discusión

Los hallazgos de este estudio revelaron tensiones profundas en la implementación del parto humanizado y culturalmente seguro en el Cauca, Colombia, que exi-

gen un análisis multidimensional y acciones alineadas con el PARE [16]. La investigación identificó problemáticas interconectadas que explican las brechas entre el marco normativo [19] y la realidad de los servicios de salud materna en esta región de alta diversidad étnica y cultural.

Brecha entre conocimiento teórico, discurso y práctica clínica

Aunque el 60 % demostró conocimientos adecuados sobre parto humanizado, solo el 16,5 % practicaba consistentemente las recomendaciones. En el manejo de las posiciones durante el parto, apenas el 31,2 % identificó correctamente los beneficios de las posiciones verticales. Al respecto, Garbelli *et al.* informan que más de la mitad de las profesionales que atendían partos reconocieron estas ventajas y vincularon las dificultades del trabajo interdisciplinario, la instrumentalización del nacimiento y la falta de ajuste en los protocolos como limitantes para la práctica [43]. Estos datos reflejan que, pese a la formación teórica, persisten prácticas medicalizadas arraigadas [44].

Mientras el 89,4 % del personal reconocía teóricamente la importancia de las prácticas tradicionales, solo el 26,1 % permitía regularmente la participación de parteras en el parto. Esto ocurre en otros lugares como Sudáfrica, donde solo el 30 % de profesionales que atendían partos reconocían los roles de las parteras tradicionales, a pesar de expresar la aceptación de su acompañamiento a las mujeres en los centros de salud [45]. Esta contradicción evidencia la subordinación de los saberes ancestrales frente al conocimiento biomédico [12], perpetuada mediante mecanismos sutiles, como el lenguaje despectivo hacia las parteras (“empíricas”) o el diseño de salas de parto centradas en la litotomía. Este fenómeno se enmarca en lo que Davis-Floyd [23] denomina el “paradigma tecnocrático”, que margina los saberes no occidentales.

El 17,6 % nunca y el 26,8 % casi nunca permiten el acompañamiento por partera durante el nacimiento, siendo esta una limitada integración de las parteras en la atención del parto que contrasta con su impacto comprobado en la reducción de la mortalidad materna. En comunidades indígenas de México, su articulación con los servicios de salud disminuyó las complicaciones obstétricas en el 38 % [26]. En el Cauca, esta colaboración sigue siendo marginal [24], pese al reconocimiento legal de la partería [19].

Las barreras son tanto administrativas (falta de contratación formal) como culturales (desvalorización de saberes ancestrales), un problema ampliamente documentado [21,27,33].

Disposición para implementar adecuaciones socioculturales

El análisis reveló que las mayores resistencias provienen de especialistas (31 %) y administrativos (25%), mientras que el personal técnico mostraba mayor apertura (52 %) a implementar adecuaciones socioculturales. Aguilar-Peña *et al.* relacionan esta falta de aceptación a la atención intercultural en salud con el tipo de formación ofrecida en las facultades del modelo biomédico, “que pone en duda los principios de la medicina ancestral tradicional” [31]. Pese a los esfuerzos de las comunidades indígenas en el departamento del Cauca por impulsar el SISPI, las barreras persisten [46].

La resistencia al cambio se manifiesta en persistencia de intervenciones innecesarias: el 29 % del personal reportó la realización de episiotomías rutinarias, lejos de las directrices de la OMS [2], práctica que varía entre países y perfiles profesionales: la India, por ejemplo, reporta un incremento del 13 al 31 % [47], mientras Canadá informa frecuencias del 19,6 % para obstetras y del 8,4 % entre matronas [48].

Una herramienta que facilita la comunicación entre las gestantes y sus prestadores, dándoles agencia a las mujeres sobre sus preferencias al momento del parto [49] es el *Plan de Parto*, instrumento por excelencia para el ejercicio de la autonomía de la mujer [50]. A pesar de su importancia, en este estudio se evidenció que el 51,2 % de los participantes no conocían a cabalidad la utilidad del Plan de Parto, siendo un porcentaje mucho más alto que el evidenciado en el estudio realizado con especialistas y residentes en Colombia [51].

Como señala el PARE [16], las rutinas obstétricas son un obstáculo para mejorar los resultados maternos. Bohren *et al.* [12] atribuye su persistencia a factores como la formación médica clásica, la organización hospitalaria y las dinámicas de poder.

Esta interpretación coincide con el estudio “Haciendo visible lo invisible” [29], que muestra cómo tales prácticas se naturalizan en la cultura institucional, incluso frente a evidencia científica contraria.

Entre las limitaciones metodológicas se reconoce que al ser una encuesta autorreportada de participación voluntaria, podría existir sesgo de selección al incluir principalmente a profesionales interesados en temas de interculturalidad. Asimismo, el autorreporte de prácticas puede diferir de la observación directa, aunque proporciona un primer acercamiento a la realidad estudiada.

Conclusiones y recomendaciones

El personal de salud posee conocimientos teóricos suficientes sobre beneficios fisiológicos de ciertas intervenciones,

pero no se traducen en prácticas reales, con una baja adherencia a las recomendaciones de la OMS. Las actitudes, aunque favorables en lo general, muestran un sesgo hacia el modelo biomédico clásico, lo que impide que la disposición al cambio se materialice para facilitar el acompañamiento por agentes de salud tradicional y la elección por parte de la mujer para la posición durante el expulsivo.

Estos resultados muestran la necesidad de una transformación integral, comenzando por reformar los procesos de formación profesional con contenidos interculturales basados en evidencia y metodologías participativas que fomenten el diálogo de saberes con parteras y mujeres de las comunidades [52].

La inclusión curricular de competencias culturales en la formación en áreas de la salud, que deberá acompañarse con adecuación de sitios de práctica (institucionales y comunitarios) que propicien el autorreconocimiento en la diversidad y la interacción respetuosa y bidireccional con comunidades, puede tener como referencia la experiencia canadiense, donde la inmersión, guiada por la comunidad y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad del Norte de Ontario, ha tenido buenos resultados [53], y en las referencias compiladas por Brottman [54] para mejorar la competencia cultural en la atención sanitaria.

A nivel de las instituciones de salud, se requieren cambios estructurales —desde la adecuación física de los espacios hasta la reformulación de protocolos—, con participación activa de las mujeres [25]. Además, es crucial establecer sistemas de monitoreo que recojan las percepciones de las usuarias, especialmente de los grupos étnicos, para evaluar la calidad cultural de la atención [33].

Más de la mitad de los participantes no conocían a cabalidad la herramienta del Plan de Parto, la cual es fundamental para el ejercicio de la autonomía de las mujeres y para la implementación de acciones de parto humanizado y culturalmente seguro, dando cumplimiento a la legislación vigente. Es indispensable la implementación de esta herramienta a distintos niveles, tanto por el personal de salud como por las gestantes, sus familias y comunidades, para generalizar su uso y aprovechar sus beneficios.

La prohibición de ingesta de bebidas durante el trabajo de parto fue muy frecuente entre los participantes. Esta práctica propicia desencuentro con las prácticas tradicionales de cuidado, que incluyen la ingesta de bebidas con gran significado cultural y puede generar rechazo a la atención institucional. Para avanzar hacia una atención verdaderamente transformadora, es fundamental priorizar la participación activa de las mujeres —usuarias, profesionales de salud y parteras tradicionales— en todos los espacios de decisión [1].

La implementación de estas transformaciones exige un compromiso político real, manifestado en presupuestos específicos y marcos normativos claros, así como en canales efectivos para que las mujeres incidan en las decisiones sobre sus derechos reproductivos.

El camino hacia la humanización e interculturalidad del parto es, en esencia, un proceso de democratización del conocimiento y de empoderamiento de las mujeres. Esta perspectiva no solo es un imperativo ético, sino también la estrategia más efectiva para lograr transformaciones sostenibles en la calidad de la atención materna.

Agradecimientos

A los profesionales de la Universidad del Cauca y la Secretaría de Salud del Cauca que facilitaron el desarrollo del Diplomado de Pertinencia Intercultural de Servicios de Cuidado Materno Perinatal, los comités de ética que avalaron el estudio, las gerencias hospitalarias interesadas en participar, la Sociedad Caucana de Ginecología y Obstetricia que apoyó la convocatoria, los profesionales del diplomado que apoyaron la revisión y el ajuste de la encuesta, los profesionales de cada institución que nos enlazaron con el personal de salud, y a cada profesional y técnico que se tomó el tiempo para responder la encuesta.

Declaración fuente de financiación

Estudio realizado con recursos provenientes del premio Kenneth C. Frazier para la equidad en salud materna del MSD for Mothers (2021).

MSD no tuvo injerencia en el diseño del estudio, la recopilación, el análisis, la interpretación de datos, ni en la redacción del documento a publicar.

Declaración de conflicto de interés

Los autores expresamos que no tenemos conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados en el artículo son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la institución de afiliación de los autores.

Isabel Cristina Peña Eraso, Martha Cecilia Segura, María Camila Rodríguez van der Hammen, Adriana Peregrina Meléndez Bolaños, Lidia Jisel Pinto Quinayás, Roberth Alirio Ortiz Martínez y Pablo José Montoya Chica participaron en la concepción y el diseño del estudio, la recolección e interpretación de datos, la escritura

del artículo y la aprobación de la versión final del mismo. Se responsabilizan de todos los aspectos del trabajo.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención de parto. Ginebra: OMS [internet]; 2014 [citado 2026 mar. 1]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: atención intraparto para una experiencia de parto positivos – Resumen de orientación. Ginebra; OMS [internet]; 2018 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Del Mastro N I, Tejada-Llacsá PJ, Reinders S, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250702. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>
- Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik Hazlina NH. A qualitative study to explore the barriers for nonadherence to referral to hospital births by women with high-risk pregnancies in Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 28;18(11):5801. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115801>
- Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, et al. Why do women prefer home births in Ethiopia? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(5). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-5>
- Shakibzadeh E, Namadian M, Bohren MA, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2018;125(8):932-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Van Daalen KR, Kaiser J, Kebede S, et al. Racial discrimination and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7(8):e009227. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009227>
- Pan American Health Organization (PAHO). Report on indigenous women’s maternal health in Latin America and the Caribbean. Summary; PAHO [Internet]; 2023 [citado 2026 mar. 1]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57403>
- Instituto Nacional de Salud. Infografía de evento mortalidad materna, Periodo epidemiológico XII de 2025. Bogotá. INS [internet]; 2025 [citado 2026 mar. 1]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202025.pdf>
- Gobernación del Cauca, Secretaría Departamental de Salud. Análisis de situación de salud participativo 2024. Popayán [internet]; 2024 [citado 2026 mar. 1]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1hZBL9IP7ocKtH0H93SNTnkQ-5eAMXoLN/view>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Resultados. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá: DANE [internet]; 2018 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Castillo-Santana PT, Vallejo-Rodríguez ED, et al. Salud materna indígena en mujeres nasa y misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saude Soc*. 2017;26(1):61-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168743>
- Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo Emberá-Chamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública* [internet]. 2015; [citado 2025 jul. 8] 41(1), 1-15. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/298>
- Nigenda G, Zarate R., coordinadores. Experiencias de parto humanizado en México. Trazando el futuro. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México [internet]; 2024 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2024-11/parto_humanizado_elec.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Política sobre etnicidad y salud. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana 160.ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.: OPS [internet]; 2017 (jun. 26-30) [citado 2026 mar. 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/ethnicityhealth-policy-2017-es.pdf>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE). Colombia [internet]. 2023 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>
- Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991 [internet]. 1991 jul. 20 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [internet]. 2015 feb. 16 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201751%20DE%202015.pdf
- Colombia, Congreso de la República. Ley 2244, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado” [internet]. 2022 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación [internet]. 2018 ago. 2 [citado 2026 mar. 6]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11(1):71. DOI: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Small R, Yelland J, Lumley J, et al. Immigrant women’s views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth*. 2002;29(4):266-77. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00201.x>
- Davis-Floyd, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(Supl. 1):S5-S23. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Motta León CP, Ardila Roa ID, Becerra Pabón AC. Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado materno-perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Cienc. Salud Virtual* [internet]; 2020 [citado 2025 jul. 8]; 12(1):29-35. Disponible en: <https://revistas.uninunez.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1370/1104>
- Angola M, Cano Molina PA. Parteras tradicionales afrodescendientes del Pacífico colombiano y su aporte a la construcción de paz. *Análisis*. 2022;55(102). DOI: <https://doi.org/10.15332/21459169.7682>

26. Salvador-Vázquez I, Pérez-Juan J, Parra-Torres NM, et al. Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México). *Index Enferm* [internet]. 2021 [citado 2025 jul. 8]; 30(3):193-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es Epub 06-Jun-2022
27. Sarmiento I, Paredes-Solis S, Dion A, et al. Maternal health and Indigenous traditional midwives in southern Mexico: Contextualisation of a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(12):e054542. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054542>
28. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, et al. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
29. Moreno Sierra PE, Guzmán Castillo K. Haciendo visible lo invisible : prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica [tesis de maestría]. [Bogotá:] Pontificia Universidad Javeriana [internet]; 2017 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/08420a4d-4127-4d1f-ad04-cc1552c49b92/content>
30. Valsiner, Jaan. *Culture and human development: An introduction*. London: SAGE Publications Ltd; 2000. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446217924>
31. Aguilar Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev. Salud Pública*. 2020;22(4):463-7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
32. Montoya P, Angarita Galvez IJ, Blanco Rojas AJ, et al. Iniciativa para fortalecer la atención materna e infantil en un grupo de municipios en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017;35(2):248-63. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a09>
33. Ricaurte-Cepeda M, Guerrero-Luna YP. Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2024;42:e353540. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540>
34. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 968, por el cual se dictan normas para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi) para el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) [internet]. 2024 ago. 2 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=161457>
35. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 480, por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones [internet]. 2025 abr. 30 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=178861#:~:text=EI%20presente%20decreto%2Dley%20tiene,los%20territorios%20y%20territorialidades%20ind%C3%ADgenas>
36. Organización Panamericana de la Salud. Códigos internacionales de ética de la investigación: Código de Nuremberg. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1990;108(5-6). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16806>
37. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]. 2013 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/6.pdf
38. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Informe Belmont: Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos [internet]. 1979 [citado 2025 jul. 8]. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/belmont-informe.pdf>
39. Organización de los Estados Americanos. Código Civil Colombiano [internet]. 1887 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/codigo_civil_colombia.pdf
40. Colombia, Congreso de la República. Ley 23, por la cual se dictan normas en materia de ética médica [internet]. 1981 feb. 18 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=68760
41. Colombia, Presidencia de la República. (1981). Decreto 3380, por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981 [internet]. 1981 nov. 30 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=68761
42. Colombia, Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. 1993 oct. 4 [citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
43. Garbelli L, Lira V. Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. *Eur J Midwifery*. 2021;5:1-9. DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>
44. Ocaña-Calvache CS. Bioética, biopolítica e interculturalidad en salud pública: estudio de caso del Hospital Mama Dominga. *Rev Colombiana de Bioética*. 2023;18(1):e3695. DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i1.3695>
45. Musie MR, Mulaudzi FM. Knowledge and attitudes of midwives towards collaboration with traditional birth attendants for maternal and neonatal healthcare services in rural communities in South Africa. *Midwifery*. 2024;130:103925. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103925>
46. Urrego-Rodríguez JH. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. *Saúde Debate*. 2020;44(spe1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S106>
47. Austad KE, Rao SR, et al. Trends and determinants of the use of episiotomy in a prospective population-based registry from central India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):598. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06762-y>
48. Muraca GM, Desai A, Hébert V, et al. Variation in episiotomy use among nulliparous individuals by maternity care provider and associated rates of obstetric anal Sphincter Injury. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024;46(5):102415. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102415>
49. Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*. 2022;111:103388. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>
50. Macedo João, António Isa, et al. O plano de parto como mecanismo de proteção do direito à autodeterminação da mulher em contexto obstétrico em Portugal. *Rev. Bioética y Derecho*. 2023;(58):223-42. DOI: <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2023.58.39814>
51. Fariás-Vela AP, Capera-López LF, Díaz-Quijano DM, et al. Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos. *Ginecol. Obstet. Méx*. 2023;91(5):299-306. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8430>
52. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro. Washington, D. C.: OPS [internet]; 2022

[citado 2025 jul. 8]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56225>

53. Tillott V, Barlo S, Donnelly M, et al. Cultural safety and First Nations health content within tertiary education for undergraduate health-care students: A scoping review. *Aust Occup Ther J.* 2025;72(2):e70011. DOI: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70011>
54. Brottman MR, Char DM, Hattori RA, et al. Toward cultural competency in health care: A scoping review of the diversity and inclusion education literature. *Acad Med [internet].* 2020 [citado 2025 jul. 8]; 95(5):803-13. Disponible en: <https://academic.oup.com/academicmedicine/article/95/5/803/8347432>