



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4430>

Respuesta a solicitudes de planes de parto en una muestra de instituciones colombianas entre 2020 y 2023: serie de casos

Response to requests for birth plans in a sample of Colombian institutions between 2020 and 2023: A case series

Salomé Hinojosa Millán¹ , Édgar Augusto Páez-Castellanos^{1,2} , Sonia Paola Barrios Galvis³ , Alejandra Fonseca Alzate⁴

Recibido: 12 febrero, 2025 Aceptado: 10 febrero, 2026

RESUMEN

Objetivos: describir las respuestas emitidas a los planes de parto radicados por mujeres en gestación entre 2020 y 2023 en algunas instituciones colombianas, y las razones para no acceder a esta solicitud.

Materiales y métodos: serie de casos. Se incluyeron mujeres gestantes que hubieran radicado el plan de parto en la institución de salud asignada por su aseguradora entre el 1 de junio de 2020 y el 11 de octubre de 2023, en el territorio colombiano y que recibieron una contestación de la institución receptora de la solicitud. Se realizó muestreo consecutivo. Se evaluaron las características de las instituciones que dieron respuesta positiva, así como la proporción de dichas respuestas positivas a las solicitudes realizadas en el plan de parto según la normatividad local.

Resultados: Se identificó que solo el 10% de las respuestas fueron personalizadas; que entre un 41% y 52% de las solicitudes no hubo respuesta, excepto en la solicitud de acompañamiento en donde se negó este requerimiento entre el 9% el parto vaginal y el 31% en la cesárea. Otros procedimientos frecuentemente negados fueron la disponibilidad del balón de pilates y la libre postura en el parto en el 31% y el 36% respectivamente. La analgesia peridural fue aceptada en el 41% de las instituciones privadas, y el 7% en instituciones públicas. Como razones para negar las solicitudes se adujo la falta de infraestructura, el riesgo de infecciones y falta de personal entrenado.

Conclusiones: se requiere que los organismos de control en salud hagan una vigilancia del cumplimiento, por parte de las instituciones, de las solicitudes del plan de parto de las gestantes durante el control prenatal. Además, se necesitan estudios cuantitativos y cualitativos que confirmen estos hallazgos mediante diseños adecuados que permitan estudiar de mejor manera la magnitud del problema, sus causas, los determinantes y posibles puntos de intervención.

Palabras clave: plan de parto; derechos de género; hospitales; parto humanizado; parto; obstetricia.

ABSTRACT

Objectives: To describe the responses issued by a sample of Colombian healthcare institutions to birth

* **Correspondencia:** Universidad Tecnológica de Pereira, Carrera 27 #10-02, Barrio Álamos, Pereira (Colombia). shinojosa@utp.edu.co

1. Grupo de investigación MEOCRI, Departamento Materno-Infantil, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira (Colombia).
2. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).
3. Grupo de Investigación Los Mediadores, Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga (Colombia).
4. Semillero de Investigación en Ginecología y Obstetricia, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira (Colombia).

Cómo citar este artículo: Hinojosa Millán S, Páez-Castellanos EA, Barrios Galvis SP, Fonseca Alzate A. Respuesta a solicitudes de planes de parto en una muestra de instituciones colombianas entre 2020 y 2023: serie de casos *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2026;77:4430. <https://doi.org/10.18597/rcog.4430>

plans submitted by pregnant women between 2020 and 2023, as well as the reasons provided for denying specific requests.

Material and methods: A case series study was conducted. Pregnant women who had submitted a birth plan to the healthcare institution assigned by their insurer between June 1, 2020, and October 11, 2023, within Colombian territory, and who received a positive response from the receiving institution were included. Consecutive sampling was used. The characteristics of institutions that issued positive responses were assessed, along with the proportion of accepted requests within birth plans, according to local regulations.

Results: Only 10% of the responses were personalized. Between 41% and 52% of the requests received no response, except for the request for companionship, which was denied in 9% of vaginal births and 31% of cesarean sections. Other procedures frequently denied included the availability of a Pilates ball and freedom of position during childbirth, which were refused in 31% and 36% of cases, respectively. Epidural analgesia was accepted in 41% of private institutions and 7% of public institutions. The reasons given for denying these requests included lack of infrastructure, risk of infection, and lack of trained personnel.

Conclusions: Health regulatory and oversight bodies are required to monitor institutional compliance with pregnant women's requests as expressed in birth plans during prenatal care. In addition, further quantitative and qualitative studies using appropriate study designs are needed to confirm these findings and to better assess the true magnitude of the problem, its underlying causes, determinants, and potential points of intervention.

Keywords: Obstetric delivery planning; Gender rights; Hospitals; Humanizing delivery; Parturition; Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

El concepto del parto humanizado integra la atención basada en evidencia que respeta la decisión de la mujer en el parto o la cesárea, promoviendo el derecho a

la compañía, a la libertad de movimiento, posiciones verticales, manejo del dolor, contacto y lactancia inmediata del recién nacido y, además, la opción de presentar un plan de parto (1).

El plan de parto es un documento médico-legal en el que la gestante manifiesta sus preferencias respecto a la atención del parto a los agentes de salud encargados de la atención obstétrica (2). La presentación del plan de parto es aceptada en algunos países, aunque la frecuencia con la que es solicitada varía de manera importante. Por ejemplo, en Francia, el 3,7 % de las mujeres presentaron un plan de parto por escrito (3). En España, un estudio en 5 instituciones con servicios de atención de parto encontró que aproximadamente el 51,2 % de las mujeres que habían elaborado un plan de parto lo presentaron en el hospital (4). Respecto a las respuestas institucionales, en Países Bajos, la prevalencia de registro del plan de parto en historias clínicas hospitalarias fue del 34,7 %, aunque existía una recomendación nacional para su uso (5).

En Colombia, la implementación del Modelo Humanizado del Parto se menciona en los lineamientos técnicos de la atención humanizada en gestantes por medio de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud (6). En este documento, se menciona el plan de parto como un instrumento que se elabora desde la consulta prenatal, y se entrega a la institución donde se espera se atenderá a la paciente, a partir de las 32 semanas de gestación. Este documento debe ser considerado como un derecho de petición y respondido dentro del marco legal, por lo que las instituciones de salud están obligadas a proporcionar una respuesta formal en un plazo máximo de 15 días hábiles (7), debiendo justificar técnica y científicamente cualquier negativa a las solicitudes expresadas. Se recomienda llevarlo el día de la atención del parto. En el año 2022 se expidió la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado (1), la cual reconoce el derecho a radicar un plan de parto que incluye intervenciones benéficas, tales como el ingreso de acompañante, la adopción de postura vertical y la movilidad en el parto, y el contacto piel a piel.

Sobre el valor de los componentes del plan de parto se ha descrito que el tener un compañero de elección

al momento del nacimiento conlleva beneficios tales como aumentar la probabilidad de un parto vaginal (riesgo relativo [RR]: 1,08; intervalo de confianza [IC] 95 %: 1,04-1,12), reducir el uso de analgésicos (RR: 0,90; IC 95 %: 0,84-0,96), acortar la duración del trabajo de parto (diferencia de medias [DM] -0,69 horas; IC 95 %: -1,04 a -0,34) y reducir el riesgo de bajos puntajes de Apgar (RR: 0,62; IC 95 %: 0,46 - 0,85) (8). En cuanto a la postura supina en el parto y la movilidad durante la dilatación se ha señalado que reducen la duración del parto (DM -1,36 horas; IC 95 %: -2,22 a -0,51), la frecuencia la cesárea (RR: 0,71; IC 95 %: 0,54-0,94) y la solicitud de epidural (RR: 0,81; IC 95 %: 0,66-0,99) (9). Con relación al contacto piel a piel, se ha informado que aumenta la probabilidad de lactancia exclusiva un mes posparto desde el egreso hospitalario (RR: 1,24; IC 95 %: 1,07-1,43) (10). Estos beneficios, aunque bien documentados, requieren seguimiento de cumplimiento a nivel institucional. En un estudio prospectivo en Los Ángeles (EE. UU.), en el que se evaluó la instauración del plan de parto, los autores informan que las mujeres que ingresaron con un plan escrito recibieron menos intervenciones obstétricas, incluyendo menor uso de oxitocina y menor frecuencia de ruptura artificial de membranas (11).

En Colombia no se conocen la aceptabilidad institucional ni la variabilidad en la respuesta de las clínicas y los hospitales a la presentación del plan de parto. Evaluar estos aspectos resulta relevante para informar sobre el nivel de implementación de esta política pública o hacer planes de mejoramiento de la atención obstétrica respetuosa en nuestras instituciones. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo general describir las respuestas emitidas a los planes de parto radicadas por mujeres en gestación entre 2020 y 2023 en algunas instituciones colombianas. Como objetivo secundario se propone describir las razones por las cuales las instituciones niegan solicitudes específicas al plan de parto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Serie de casos. Se incluyeron mujeres gestantes que hubieran radicado el plan de parto en

la institución de salud asignada por su aseguradora entre el 1 de junio de 2020 y el 11 de octubre de 2023 en el territorio colombiano, que recibieron una respuesta de la institución receptora de la solicitud y que aceptaran participar. Se excluyeron mujeres que tuvieron una pérdida gestacional con feto menor a 24 semanas de gestación y las respuestas idénticas emitidas por una misma institución para diferentes pacientes, variando únicamente datos como el nombre o la fecha. Se hizo muestreo secuencial de los formularios que enviaron las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión-exclusión.

Procedimiento. Las mujeres fueron invitadas a participar de manera voluntaria mediante una convocatoria difundida a través de las redes sociales de las investigadoras (SHM, SPGB, AFA). Las participantes interesadas firmaron un consentimiento informado antes de la recolección de la información. Posteriormente, recibieron un enlace descargable con un formato único de plan de parto, elaborado con base en las normas científicas y legales vigentes que regulan la atención del trabajo de parto, el parto y el puerperio en Colombia (1,6), el cual fue radicado por las mujeres interesadas, mediante un derecho de petición, ante la institución de salud asignada por su asegurador para la atención del parto.

Las respuestas emitidas por las instituciones fueron recuperadas directamente de las participantes, quienes remitieron los documentos recibidos. La información se recolectó mediante un formulario de Google, anclado al correo institucional de la investigadora principal (SHM), y posteriormente se exportó y organizó en Microsoft Excel 2021 (Copyright 1985-2024 Microsoft Corporation). El formato incluyó variables relacionadas con la atención durante el trabajo de parto, el parto o la cesárea, y el posparto; las respuestas a las preguntas cerradas se categorizaron como “sí”, “no”, “sí parcial” o “no responde”. Hubo algunos aspectos reportados por las instituciones para la negación o aceptación parcial de algunas solicitudes, estas se respondieron de manera abierta. Los criterios de exclusión se aplicaron durante la depuración de la información y el control de calidad de los datos se realizó mediante revisión por duplicado de manera independiente (SHM, AFA), previo al análisis.

Variables medidas: naturaleza pública o privada de la institución, complejidad de los servicios de obstetricia, localización geográfica de la institución según el departamento. Durante el trabajo de parto, se evaluó la disponibilidad de analgesia (farmacológica y no farmacológica), el uso de balón de pilates, la libertad de movimiento y la aplicación de procedimientos rutinarios (rasurado, enemas). Para el parto vaginal o la cesárea, se registraron el acompañamiento continuo, la libertad postural, los brazos libres (en cesárea), la realización de episiotomía (en parto). Finalmente, durante el posparto se incluyeron el pinzamiento habitual del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, el inicio temprano de la lactancia materna y la entrega de la placenta. La información se obtuvo a través de la población del estudio, la fuente de información fue la respuesta de la institución, y la unidad de análisis fueron las instituciones con servicios obstétricos.

Análisis. Se realizó un análisis descriptivo univariado resumiendo las variables categóricas mediante proporciones y valores absolutos. Los análisis se realizaron con el programa estadístico Stata 18.0/SE (Copyright 1985-2023 StataCorp LLC). Las respuestas abiertas emitidas por las instituciones, relacionadas con las razones para la negación de algunas solicitudes, se analizaron mediante una descripción narrativa, orientada a identificar y clasificar las razones explícitamente reportadas en los documentos institucionales. Estas respuestas se agruparon según la similitud de contenido del ítem al cual correspondían, sin realizar un análisis temático interpretativo, dado el objetivo descriptivo del estudio. En los resultados se presentan las características basales de las instituciones, las respuestas a las peticiones en relación con el trabajo de parto, el parto vaginal o por cesárea y el posparto, incluyendo las razones expresadas para la aceptación parcial o la negación de los ítems cuando estuvieron disponibles.

Aspectos éticos. Este estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira en sesión ordinaria con código de

aval 31-230522. Se mantuvo la privacidad de las participantes y de las instituciones asignándoles un código de identificación aleatorio durante la recolección de los datos y dentro de los análisis, protegiendo los datos sensibles.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recolectaron 739 respuestas de mujeres que radicaron el plan de parto y recibieron contestación por parte de la institución de salud asignada por el asegurador para la atención del nacimiento. Se excluyeron 678 respuestas, de las cuales 648 correspondían a respuestas institucionales idénticas, emitidas repetidamente por una misma institución a múltiples participantes, por lo que no aportaban información adicional o diferente para el análisis, y 30 documentos presentaban daños o errores que impedían su lectura, razón por la cual finalmente se incluyeron en el análisis 61 respuestas institucionales únicas, correspondientes a 61 instituciones de salud.

Características de las instituciones

De las 61 instituciones incluidas, 47 (77,0%) eran privadas. La mayor proporción correspondió a instituciones ubicadas en Bogotá (n = 16; 26,2%) y Antioquia (n = 12; 19,7%), seguidas por Risaralda (n = 6; 9,8%), Boyacá (n = 5; 8,2%), Santander y Valle del Cauca (n = 4; 6,6% cada uno), Magdalena y Sucre (n = 2; 3,3% cada uno). Los demás departamentos (Atlántico, Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Quindío y Tolima) aportaron una respuesta cada uno (1,6% por departamento). De las respuestas recibidas, 49 (80,3%) correspondieron a instituciones de tercer nivel de atención y 12 (19,7%) a instituciones de segundo nivel; no se recuperaron respuestas de instituciones de primer nivel o de atención primaria.

Respuestas a los planes de parto

Durante el trabajo de parto, la disponibilidad de alternativas de analgesia no farmacológica fue aceptada en el 42,6% de los casos, mientras que la disponibilidad del balón de pilates fue aceptada en el 27,9%. La analgesia peridural fue aceptada en el

41 % de los casos; sin embargo, esta aceptación se concentró principalmente en instituciones privadas, frente a una única institución pública que respondió de manera afirmativa a este ítem (tabla 1). La libre movilidad durante el trabajo de parto fue aceptada

en el 32,8 %. El 3,3 % de las instituciones reportó realizar rasurado y enemas de manera rutinaria. En estas solicitudes se evidenció una alta proporción de ausencia de respuesta institucional, que osciló entre el 40 y el 50 % según el ítem (tabla 1).

Tabla 1. Respuestas de algunas instituciones en Colombia a las solicitudes de planes de parto en relación con el trabajo de parto según la naturaleza de la institución			
Tipo de institución			
	Privada	Pública	Total
Tipo de institución	47 (77,0%)	14 (23,0%)	61 (100,0%)
Analgesia no farmacológica			
Sí	21 (44,7%)	5 (35,7%)	26 (42,6%)
No	5 (10,6%)	3 (21,4%)	8 (13,1%)
Sí parcial	1 (2,1%)	1 (7,1%)	2 (3,3%)
No responde	20 (42,6%)	5 (35,7%)	25 (41,0%)
Analgesia peridural			
Sí	24 (51,1%)	1 (7,1%)	25 (41,0%)
No	0 (0,0%)	4 (28,6%)	4 (6,6%)
Sí parcial	0 (0,0%)	2 (14,3%)	2 (3,3%)
No responde	23 (48,9%)	7 (50,0%)	30 (49,2%)
Libertad de movimiento			
Sí	14 (29,8%)	6 (42,9%)	20 (32,8%)
No	9 (19,1%)	1 (7,1%)	10 (16,4%)
Sí parcial	2 (4,3%)	0 (0,0%)	2 (3,3%)
No responde	22 (46,8%)	7 (50,0%)	29 (47,5%)
Rasurado de rutina			
Sí	2 (4,3%)	0 (0,0%)	2 (3,3%)
No	25 (53,2%)	6 (42,9%)	31 (50,8%)
No responde	20 (42,6%)	8 (57,1%)	28 (45,9%)
Enema de rutina			
Sí	2 (4,3%)	0 (0,0%)	2 (3,3%)
No	25 (53,2%)	7 (50,0%)	32 (52,5%)
No responde	20 (42,6%)	7 (50,0%)	27 (44,3%)

Fuente: Autores.

En el parto vaginal, el acompañamiento fue aceptado en cerca del 49,2 % de las instituciones, aunque el 36,1 % de estas lo condicionó a restricciones; la postura libre en el parto fue aceptada en el 9,8 % de los casos; por otro lado, en el 3,3 % de los casos se reportó realizar episiotomía de rutina. Respecto a la cesárea, el acompañamiento durante el procedimiento

fue aceptado por el 39,3 % de las instituciones, mientras que tener los brazos libres durante la intervención fue aceptado en el 31,1 % de los casos. En estos ítems se observó una proporción variable de ausencia de respuesta institucional, que osciló entre el 4,9 y 52,5 % (tabla 2).

Tabla 2. Respuestas de algunas instituciones en Colombia a las solicitudes de planes de parto durante el parto o la cesárea según la naturaleza de la institución			
Tipo de institución			
	Privada	Pública	Total
Tipo de institución	47 (77,0%)	14 (23,0%)	61 (100,0%)
Acompañamiento en el parto			
Sí	25 (53,2%)	5 (35,7%)	30 (49,2%)
No	3 (6,4%)	3 (21,4%)	6 (9,8%)
Sí parcial	16 (34,0%)	6 (42,9%)	22 (36,1%)
No responde	3 (6,4%)	0 (0,0%)	3 (4,9%)
Postura libre en el parto			
Sí	5 (10,6%)	1 (7,1%)	6 (9,8%)
No	19 (40,4%)	3 (21,4%)	22 (36,1%)
Sí parcial	1 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)
No responde	22 (46,8%)	10 (71,4%)	32 (52,5%)
Episiotomía de rutina			
Sí	1 (2,1%)	1 (7,1%)	2 (3,3%)
No	26 (55,3%)	5 (35,7%)	31 (50,8%)
No responde	20 (42,6%)	8 (57,1%)	28 (45,9%)
Acompañamiento en cesárea			
Sí	19 (40,4%)	5 (35,7%)	24 (39,3%)
No	14 (29,8%)	5 (35,7%)	19 (31,1%)
Sí parcial	0 (0,0%)	1 (7,1%)	1 (1,6%)
No responde	14 (29,8%)	3 (21,4%)	17 (27,9%)
Brazos libres en cesárea			
Sí	11 (23,4%)	2 (14,3%)	13 (21,3%)
No	5 (10,6%)	0 (0,0%)	5 (8,2%)
Sí parcial	0 (0,0%)	1 (7,1%)	1 (1,6%)
No responde	31 (66,0%)	11 (78,6%)	42 (68,9%)
Disponibilidad balón pilates			
Sí	13 (27,7%)	4 (28,6%)	17 (27,9%)
No	13 (27,7%)	6 (42,9%)	19 (31,1%)
No responde	21 (44,7%)	4 (28,6%)	25 (41,0%)

Fuente: Autores.

Respecto a las respuestas abiertas recibidas sobre las razones de las instituciones acerca de las limitaciones en el acompañamiento en el trabajo de parto y el parto se describieron requisitos como: vacunación de los acompañantes contra el covid-19, curso psicoprofiláctico certificado, autorización a partir de la fase activa o solo hasta el expulsivo, en horarios de visita diurnos, mayoría de edad, condicionantes de acompañante de género femenino o ser la pareja. El motivo de intimidad fue recurrente en las instituciones que no permiten el acompañamiento en ninguna etapa del trabajo de parto o parto.

Asimismo, se señalaron limitaciones relacionadas con la infraestructura física. Otros factores referidos incluyeron consideraciones de riesgo infeccioso, así como la carencia de mobiliario adecuado. Finalmente, se mencionó la sobreocupación del servicio como una limitante adicional.

En cuanto a los inconvenientes para aceptar la solicitud de libre movimiento en el trabajo de parto, se manifestaron restricciones locativas; una clínica privada indicó que cuenta con camas verticales y de litotomía. El uso de balones de pilates en el trabajo de parto fue un ítem frecuentemente negado, se adujeron

razones como espacios reducidos, aumento de riesgo de caídas, o falta de entrenamiento del personal de salud para su uso. Las instituciones donde se acepta el uso del balón indicaron requisitos como un adecuado proceso de limpieza previo o ser aportados por la paciente. Solo dos instituciones informaron que contaban con estos balones en su sala de partos, incluso una de ellas ofrecía fisioterapeuta de turno para motivar y entrenar en el uso del balón.

Durante el posparto, el inicio temprano de la lactancia materna, el pinzamiento habitual del cordón umbilical y el contacto piel a piel inmediato fueron las prácticas más frecuentemente aceptadas por las instituciones (68,9, 73,8 y 67,2 %, respectivamente). La lactancia materna temprana durante la cesárea fue

aceptada en el 42,6 % de los casos, con una elevada proporción de ausencia de respuesta institucional (55,7 %). La entrega de la placenta fue aceptada en cerca de un tercio de instituciones y, al igual que en los demás momentos de la atención, se observó una alta proporción de ausencia de respuestas, que varió entre 21,3 y 62,3 % según el ítem examinado (tabla 3). Al evaluar las razones de la aceptación parcial del contacto piel a piel se encontraban requisitos tales como: duración menor a una hora o contacto interrumpido; las instituciones que respondieron negativamente a este mismo ítem incluyeron riesgos para el neonato, condiciones físicas de la sala y sobreocupación.

Tabla 3. Respuestas de algunas instituciones en Colombia a las solicitudes de planes de parto en el posparto según la naturaleza de la institución			
Tipo de institución			
	Privada	Pública	Total
Tipo de institución	47 (77,0 %)	14 (23,0 %)	61 (100,0 %)
Pinzamiento habitual del cordón			
Sí	36 (76,6 %)	9 (64,3 %)	45 (73,8 %)
No responde	11 (23,4 %)	5 (35,7 %)	16 (26,2 %)
Contacto piel a piel			
Sí	32 (68,1 %)	9 (64,3 %)	41 (67,2 %)
No	5 (10,6 %)	0 (0,0 %)	5 (8,2 %)
Sí parcial	1 (2,1 %)	1 (7,1 %)	2 (3,3 %)
No responde	9 (19,1 %)	4 (28,6 %)	13 (21,3 %)
Entrega de la placenta			
Sí	19 (40,4 %)	3 (21,4 %)	22 (36,1 %)
No	1 (2,1 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)
No responde	27 (57,4 %)	11 (78,6 %)	38 (62,3 %)
Lactancia materna al nacimiento (parto)			
Sí	35 (74,5 %)	7 (50,0 %)	42 (68,9 %)
No responde	12 (25,5 %)	7 (50,0 %)	19 (31,1 %)
Lactancia materna al nacimiento (cesárea)			
Sí	23 (48,9 %)	3 (21,4 %)	26 (42,6 %)
No	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	1 (1,6 %)
No responde	24 (51,1 %)	10 (71,4 %)	34 (55,7 %)
Contacto de piel a piel en cesárea			
Sí	16 (34,0 %)	3 (21,4 %)	19 (31,1 %)
No	5 (10,6 %)	1 (7,1 %)	6 (9,8 %)
Sí parcial	3 (6,4 %)	1 (7,1 %)	4 (6,6 %)
No responde	23 (48,9 %)	9 (64,3 %)	32 (52,5 %)

Fuente: Autores.

DISCUSIÓN

En esta serie de casos se reportan las respuestas enviadas entre 2020 y 2023 por las mujeres gestantes que enviaron una solicitud con su plan de parto a una muestra de instituciones de salud en Colombia. Se encontró que entre el 27 al 60 % de estas instituciones negó o no respondió las solicitudes, dependiendo de la etapa del parto en que se aplicó el requerimiento. Los ítems más rechazados fueron el acompañante durante el trabajo de parto, el uso de analgesia peridural o la no farmacológica y del balón de pilates, la libertad de movimiento durante el trabajo de parto, la postura libre en el parto y el contacto piel a piel. Las instituciones que restringieron el acompañamiento mencionaron de manera recurrente la preservación de la intimidad como motivo principal. Además, se reportaron limitaciones asociadas a la infraestructura física, el riesgo de infecciones, la falta de mobiliario adecuado y la sobreocupación del servicio; de forma recurrente se solicitó la vacunación contra covid-19, lo que refleja cómo las medidas sanitarias podrían constituir barreras adicionales para la implementación del plan de parto.

No identificamos estudios que hubieran evaluado las respuestas de las instituciones a la solicitud del plan de parto, por lo que contrastamos nuestros resultados con las barreras a la aplicación de las intervenciones contenidas en el plan de parto que han sido informadas en la literatura internacional. Así, identificamos un estudio que incluyó Líbano, Siria y Egipto, en el que informan barreras estructurales, subvaloración del beneficio de tener compañía y ausencia de cursos de educación prenatal como limitantes para la participación del acompañante durante el parto (12). En Tanzania, las barreras para el acompañamiento en el parto incluyeron hacinamiento, insuficiente privacidad, reglas institucionales restrictivas y prácticas que limitan la integración familiar, así como creencias del personal sobre la autonomía de la paciente y la falta de respeto hacia sus tradiciones culturales (13). En Canadá se evaluaron las barreras en la adopción de un enfoque de atención humanizada del parto. Respecto a la implementación del acompañamiento en el parto, se encontró que la escasez de profesionales

de la salud y la falta de privacidad constituyeron obstáculos relevantes (14).

El requisito del certificado de curso psicoprofiláctico para permitir la presencia de acompañantes coincide con un estudio publicado en Colombia en el que se informa que la realización de estos cursos se consideraba “ideal, pero no práctico” (15). Esto podría interpretarse como una brecha entre la normativa y la práctica institucional, reflejando obstáculos en la adopción integral de los planes de parto como estrategia de humanización del nacimiento.

En cuanto a la limitada disponibilidad de analgesia peridural en hospitales públicos, identificada por nosotros, estudios en Escocia, Estados Unidos y Canadá han documentado menor acceso a analgesia epidural en mujeres de estratos socioeconómicos bajos, correlacionada con los ingresos y el nivel educativo (16-18).

Entre las principales limitaciones de este estudio está que no se caracterizó la población que solicitó el plan de parto, dado que esa información no estaba incluida en la respuesta institucional del cuestionario enviado.

Adicionalmente, el estudio es proclive a sesgos de selección debidos a las instituciones que no respondieron, esto podría llevar a una sobrestimación o subestimación de la actitud de las instituciones a la solicitud del plan de parto en Colombia. Existen sesgos de medición ya que se evalúa el comportamiento de las instituciones al respecto por medio de la respuesta a una solicitud y no mediante mediciones directas usando diseños epidemiológicos más robustos. Por otra parte, la recepción de respuestas provenientes únicamente de algunas regiones del país restringe la representatividad y la generalización de los hallazgos. La información cualitativa sobre las razones de negación o aceptación parcial se incorporó con un propósito exploratorio, de modo que su interpretación se debe hacer con cautela.

Este estudio posee fortalezas, la más importante es que a pesar de los posibles sesgos, nuestros resultados muestran que podría haber una pobre

respuesta de las instituciones de salud con servicios obstétricos a esta solicitud y al cumplimiento de esta normatividad. Por otra parte, tomar la información de las respuestas limita el sesgo de recuerdo, y la utilización de un formato uniforme de plan de parto garantizó la homogeneidad en el análisis.

CONCLUSIONES

Se requiere que los organismos de control en salud hagan una vigilancia durante el control prenatal del cumplimiento, por parte de las instituciones, de las solicitudes del plan de parto de las gestantes. Adicionalmente, se requieren estudios cuantitativos y cualitativos que confirmen estos hallazgos, mediante diseños adecuados que permitan estudiar de manera más profunda la real magnitud del problema, sus causas, los determinantes y posibles puntos de intervención.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SHM: concepción, diseño, recolección de los datos, planeación del artículo, análisis e interpretación de los datos, aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

EAPC: análisis e interpretación de los datos, planeación del artículo, aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

SPBG: diseño del documento legal de plan de parto radicado por las gestantes, recolección de los datos, planeación del artículo, aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

AFA: concepción, recolección y organización de los datos, planeación del artículo, aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

REFERENCIAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 2244 de 2022, Ley de parto digno, respetado y humanizado. Bogotá D.C.; 2022.
2. Suárez M, Armero D, Canteras M, Martínez M. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):520-6. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
3. Chantry A, Merrer J, Blondel B, Le Ray C. Preferences for labor and childbirth, expressed orally or as a written birth plan: Prevalence and determinants from a nationwide population-based study. *Birth*. 2023;50(4):847- 57. doi: 10.1111/birt.12728.
4. López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández M, Angelet M, Garreta G, Seguranyes G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 ;21(1):274. doi: 10.1186/s12884-021-03739-z.
5. Jolles M, de Vries M, Hollander M, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*. 2019 ;46(4):686- 92. doi: 10.1111/birt.12451.
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3280 de 2018 (agosto 2): 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. Bogotá D.C.: Diario Oficial 50.674; 2018.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición. Bogotá D.C; 2015.
8. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
9. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
10. Moore E, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
11. Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. 2018;45(1):43-9. <https://doi.org/10.1111/birt.12320>

12. Kabakian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;129(3):223-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.12.005>
13. Mselle L , Kohi T , Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: Findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reprod Health.* 2018;15:137. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0583-7>
14. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health.* 2011; 11 (53). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-53>.
15. Gómez Y, Ortiz M. Parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto [Tesis de grado]. Repositorio Institucional UN [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78858>
16. Halliday L, Shaw M, Kyzayeva A, Lawlor D, Nelson S, Kearns R. Socio-economic disadvantage and utilisation of labour epidural analgesia in Scotland: A population-based study. *Anaesthesia.* 2024;79(5):473-85. <https://doi.org/10.1111/anae.16236>.
17. Butwick A, Bentley J, Wong C, Snowden J, Sun E, Guo N. United States state-level variation in the use of neuraxial analgesia during labor for pregnant women. *JAMA Netw Open.* 2018;1(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6567>.
18. Thung S, Norwitz E. Postpartum care: We can and should do better. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.08.028>

FINANCIACIÓN

los autores declaran no haber tenido fuentes de financiación externa.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.