Parir sin miedos:
derechos y desafíos



SEMLAC
Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe

MONOGRAFÍA CONFECCIONADA A PARTIR
DE INFORMACIONES Y REPORTAJES ELABORADOS
POR EL SERVICIO DE NOTICIAS DE LA MUJER
DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE
SEMlac

Parir sin miedos:
derechos y desafíos

Monografía confeccionada a partir de informaciones y reportajes elaborados por el Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe - SEMlac

2025

"Parirás con dolor",
otras historias de violencia de género 5

Violencias cruzadas, también al parir 11

Humanizar el nacimiento hacia el parto respetuoso 16

Parto con derechos: desafíos legales 24

SEMLAC
Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe

Reino de los Países Bajos

Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe
Corresponsalía Cuba
E-mail: semlaccu@enet.cu
Web: www.redsemlac-cuba.net

"PARIRÁS CON DOLOR", OTRAS HISTORIAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

POR DIXIE EDITH



Aunque no se cuenta con estadísticas sobre la prevalencia de violencia obstétrica en Cuba, profesionales la reconocen como un problema de urgente atención.

"Me llevaron a una habitación supuestamente para un reconocimiento de rutina y me rompieron la fuente con una varilla; nadie me explicó nada"; "era primeriza, no dejaron entrar a ningún acompañante a mi preparto y estuve más de 12 horas sola, sin dilatar apenas y sin explicarme qué podía esperar".

Aunque tuvieron sus embarazos y partos en momentos y coyunturas diferentes, Anabel, pinareña de 27 años y técnica en informática, y Violeta, habanera de 25, recién graduada de comunicación social, aún no han superado la experiencia traumática que fueron sus partos. Ninguna quiso que se publicara su nombre real, pero ambas coincidieron en que contar su historia puede ayudar a otras mujeres.

Anabel tuvo a su bebé en 2019 y, aunque desea que su niño tenga un hermanito, se cuestiona si quiere pasar de nuevo por todo el proceso. "Lo más difícil fue sentir todo el tiempo que estaba haciendo algo mal y la frase que más me repetían: 'pórtate bien'".

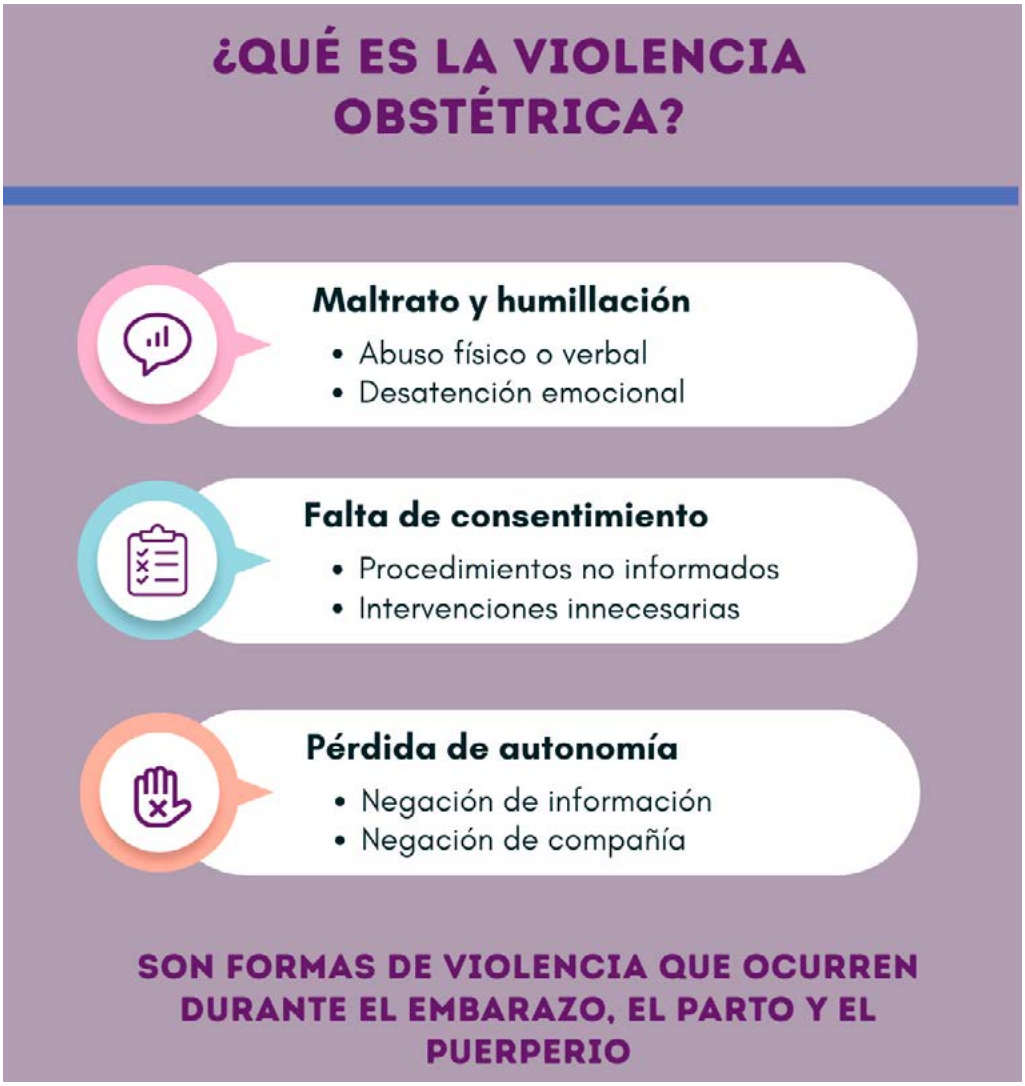
Violeta, en tanto, dio a luz a su hija durante los meses más duros del confinamiento por la covid-19. Ahora, embarazada nuevamente, asegura que ha estudiado y leído mucho "para poder reclamar sus derechos durante el parto".

"Cuando nació Daniela, pensaba que muchas de las cosas que viví eran normales, parte de esa narrativa dolorosa pero inevitable de lo que es parir, que se suele transmitir por las familias y las amigas. Pasó tiempo antes de que comprendiera que se trata de maltrato, de violencia", rememoró Violeta en entrevista con SEMlac.

La llamada violencia obstétrica, históricamente naturalizada, ha comenzado a emerger en el debate público del país caribeño desde hace unos años, a partir de investigaciones académicas, pero también de publicaciones en medios de prensa, fundamentalmente territoriales.

Para Lareisy Borges Damas, enfermera obstétrica con muchos años de experiencia investigando el problema en Artemisa, a poco menos de 100 kilómetros de la capital cubana, se trata de "acciones u omisiones por parte de profesionales de la salud que vulneran derechos sexuales y reproductivos, y pueden ir desde procedimientos invasivos, sin consentimiento, hasta humillaciones o negación de acompañamiento".

Borges Damas, quien se doctoró en ciencias justamente con una investigación sobre esta problemática, insiste en que en Cuba sus manifestaciones coinciden con las documentadas globalmente.



Este tipo de maltrato está reconocida como violencia de género por organizaciones internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa).



"En el mundo se habla de violencia obstétrica, nosotros hablamos más de 'violencia contra las mujeres en las atenciones a la salud', pero las causas y las consecuencias son las mismas", valoró a SEMlac la enfermera Lareisy Borges Lamas.

"En el mundo se habla de violencia obstétrica; nosotros hablamos más de 'violencia contra las mujeres en las atenciones a la salud', pero las causas y las consecuencias son las mismas", comentó a SEMlac.

Aunque no se cuenta con estadísticas que confirmen la magnitud del fenómeno, profesionales como esta enfermera reconocen que se trata de un problema de urgente atención, que poco a poco va siendo identificado por la investigación académica y algunos debates institucionales.

En junio de 2019, durante el XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, la violencia obstétrica fue reconocida como una problemática en el país. Allí, la doctora Alba Marina Atienza Barzaga detalló sus principales manifestaciones —en línea con los comportamientos globales— y advirtió que se trata de maltratos que trascienden el momento del parto.

"Está relacionada con la salud sexual y reproductiva, lo que hacemos y no debemos durante el proceso de planificación familiar, el aborto, el tratamiento a las mujeres en etapa del climaterio; es decir, con el trato hacia esta mujer que atendemos día a día", dijo la especialista, citada en un reporte de SEMlac.

Un fenómeno global

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio; la violencia obstétrica incluye maltrato físico, humillaciones, abuso verbal y procedimientos médicos no consentidos, y es reconocida como una forma de violencia de género por organizaciones como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa).

En 2014, la OMS publicó la declaración para la "prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud". Cuatro años después, en 2018, estableció una serie de recomendaciones para con-

ducir ese proceso, entre las que sobresale que no puede estar sometido a estrictos protocolos y debe tener en cuenta las individualidades.

En 2019, en tanto, la ONU la consideró por primera vez como una violación a los derechos humanos. Además de revelar su carácter generalizado y global, arraigado en los sistemas de salud, la organización internacional identificó entre sus manifestaciones el abuso de la cesárea (parto quirúrgico), la práctica excesiva o rutinaria de la episiotomía (corte profundo en el perineo que llega hasta el músculo del suelo pélvico) y el empleo de personal médico sin experiencia para realizar exámenes, entre otros procederes.

En el plano psicológico y simbólico, la ONU también incluyó las humillaciones y agresiones verbales como amenazas, burlas, reproches, insultos, comentarios sexistas, mensajes de culpabilización o las miradas lascivas y otras faltas de respeto.



Causas entrecruzadas

La herida de la episiotomía que le hicieron a Violeta tardó semanas en curar. "Lo peor es que un ginecólogo que me atendió, cuando ya estaba fuera del hospital, me dijo que con la talla y el peso con que nació la niña, no hubiera sido necesaria".

Anabel prefiere ni recordar los inicios de la lactancia de Camilo, su hijo, que ya tiene casi seis años. Su mamá, quien la acompañó todo el tiempo, explicó a SEMlac que una infección severa en los senos retuvo a la muchacha casi 15 días en el hospital con fiebre alta.

"Alimentar al bebé fue muy doloroso para ella durante esas semanas, pero la forzaban a lactar sin que nadie nos explicara por qué o qué debía hacer para mejorar más rápido", contó la abuela de Camilo, una maestra de 55 años.

"El conocimiento actual sobre los procesos humanos (culturales) acerca del embarazo, el parto y el puerperio es deficiente y fragmentado, ya que el nacimiento ha sido abordado fundamentalmente como un evento médico, desde sus aristas clínicas", valoró en 2019, en un análisis especial para SEMlac, la médica e investigadora Zoe Díaz Bernal, entonces profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Para Borges Damas, tiene que ver con que los profesionales de la salud no se forman para ser empáticos, sino sobre la base de un modelo médico hegemónico donde lo más importante "no es lo que la mujer piense".

"A los médicos les importa que ella y su bebé estén bien, porque al final 'se lo van a agradecer.' Por eso, a veces hacen que la mujer pase por una experiencia de parto negativa", explicó la especialista.

O sea, en su opinión, la mayoría de estos profesionales no reconocen que la violencia obstétrica existe, ni que ellos

mismos la están cometiendo. “Durante una de mis investigaciones, un médico me dijo: ‘¿tú me estás diciendo a mí que yo soy violento?, tú lo que eres es una falta de respeto’”, narró Borges Damas.

Para Yunier Egnodio Leyva, ginecobstetra de Las Tunas, a unos 650 kilómetros de la capital, “seguimos atados a viejas rutinas”, explicó en noviembre de 2022 al periódico *26*, de esa provincia oriental.

“Un ejemplo es la obligatoriedad a que las embarazadas en trabajo de parto permanezcan acostadas. Ellas manifiestan que quieren caminar y lo ideal es que deambulen, la fuerza de gravedad las ayuda. Asimismo, es positivo que realicen cuclillas y que utilicen el balón hidroquinésico” (pelota para ejercicios), detalló.

“Es cierto que a veces abusamos de la episiotomía, no le consultamos a la paciente y no siempre solicitamos su aprobación para administrar drogas como la oxitocina”, reconoció el especialista tunero en el reportaje “Alumbramientos en Las Tunas… ¿y mi parto respetado?”, publicado por ese semanario provincial.

“Insisto, a la mujer hay que mirarla a los ojos y comunicarse con ella, la información oportuna puede hacer la diferencia”, recomendó.

Para esa investigación periodística, el equipo de prensa aplicó una encuesta a 271 mujeres, de las cuales más del 77 por ciento dijo que las habían privado de acompañamiento durante el parto; a 41,7 por ciento le aplicaron episiotomía sin consentimiento; 37,3 por ciento recibió frases hirientes por parte del personal médico y 44,6 por ciento declaró que no se escuchó su pedido de tratamiento para el dolor.

Sin embargo, un estudio realizado por Borges Damas y un equipo de colegas en el hospital provincial de Artemisa confirmó que, al igual que los profesionales de la salud,

De prácticas y percepciones

POR SARA MÁS

Varios estudios documentan experiencias negativas vividas por cubanas gestantes en el momento del parto, aun cuando no siempre se reconozcan como violencia obstétrica por ellas y quienes las asisten.

Una exploración de tipo cualitativa realizada entre marzo de 2017 y 2019, en un hospital de la provincia de Artemisa, comprobó que el intervencionismo médico, algunas actitudes de profesionales del área obstétrica y las normativas del sistema de salud perpetuaron ese tipo de vivencias desfavorables en el parto.

La indagación tuvo en cuenta experiencias y criterios de 12 gestantes que habían tenido un parto fisiológico, así como de 10 profesionales de la enfermería obstétrica y 10 médicos especialistas en obstetricia y ginecología, con más de 10 años de experiencia profesional.

Al combinar entrevistas y observación, sus autores constataron que la violencia obstétrica no fue percibida como tal por las propias mujeres que la padecieron, quienes tomaron esos actos como “algo normal”, que toda mujer debe pasar para traer su hijo al mundo. De modo que asumieron como naturales esas experiencias, aunque a la vez emergieron expresiones corporales y faciales, en todas las entrevistadas, que fueron interpretadas como emociones negativas, inconformidad, frustración y enojo.

Desde la mirada de profesionales médicos y de enfermería, salieron a relucir criterios diversos detrás de su proceder. Los primeros se escudaron más en la carga laboral, la frecuencia de las guardias y las condiciones para realizarlas, el abatimiento que provoca desempeñarse en el Programa Materno Infantil (Pami) —que exige alta responsabilidad y resultados— y el poco reconocimiento hacia la especialidad.

De cara a la violencia obstétrica, se delinearon dos tendencias, según el estudio: la de sentirse insultados por identificar esas conductas como propias de la especialidad, de un lado, y la de reconocer su existencia y el temor a sentirse ejecutores de ellas, por otro. De ese modo, hubo reacciones de ira e irritación en algunas personas entrevistadas, y de vergüenza y meditación en otras.

¿Intervenciones necesarias?

El estudio describe prácticas en general uniformes, aplicadas a todas las gestantes en la sala de preparto, resumidas así: se les canalizó una vena y se midió frecuencia cardiaca fetal con un cardiomonitor, que a la mayoría se les dejaba colocado por más de 10 minutos. Los tactos se realizaron a las tres horas, nunca antes, y en algunos casos demoraron más. A la totalidad de las mujeres se les realizó episiotomía.

El tema de las prácticas declaradas como intervencionismo obstétrico es complejo, pues no se asume por igual por todas las personas. Sin embargo, en este estudio trascendió que, bajo una gran presión, el personal médico lo considera necesario para obtener resultados favorables.

En esa lógica, por ejemplo, hubo quien admitió: “(…) No puedo criticar al colega que prefiera aplicar un

las gestantes tienen naturalizada la violencia obstétrica y a menudo no la identifican ni son conscientes de ella.

"El análisis del discurso de las mujeres mostró que, a pesar de expresar sus experiencias negativas o positivas durante el trabajo de parto y el parto, su respectiva simpatía o aversión con determinados profesionales médicos y de enfermería, así como su satisfacción o insatisfacción con la atención recibida, nunca existió el pleno conocimiento de la práctica de VO (violencia obstétrica)", precisa el artículo "Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud".

Me aplicaron la técnica de Hamilton (procedimiento manual para estimular el parto natural) sin explicaciones. Simplemente, me llamaron a un cuartico para revisarme porque tenía 41 semanas y no entraba en trabajo de parto. De pronto comenzaron a manipularme fortísimo, sin explicarme qué hacían, ni antes ni después. Luego lo investigué por mis medios y supe lo que habían hecho.

MUJER ENTRE 20 Y 29 AÑOS, HOLGUÍN

fórceps o hacer un procedimiento por salvar una vida o evitar una hipoxia con sus consecuencias, en contra de la voluntad de una futura madre temerosa. También he escuchado decir: médico, mil gracias por no hacerme caso".

Algo muy controversial es la episiotomía o cirugía ampliatoria del parto; es decir, la incisión quirúrgica que se hace en el perineo femenino para ampliar el canal "blando", abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Es un corte que se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura.

En Cuba, donde todos los partos son atendidos en instituciones hospitalarias, esa es una práctica bastante generalizada. Aunque es un proceder válido en casos necesarios para prevenir daños para la mujer y el bebé, lo cierto es que se ha incorporado más como práctica de rutina que selectiva, lo que confirma el intervencionismo obstétrico, según el citado estudio.

"(…) Siempre hago episiotomía porque previene consecuencias en la mujer, a largo plazo, con respecto al cuidado del suelo pelviano y, además, es salud mental para mí en una guardia…", refirió una de las personas entrevistadas en el grupo de especialistas.

En cuanto al trato, la indagación constató que las mujeres no fueron llamadas por sus nombres; la comunicación hacia ellas se redujo, esencialmente, a indicarles u ordenarles algo y, en algunas ocasiones, a explicar algún procedimiento.

Ellas, además, no pudieron elegir una posición para el parto que no fuera la ginecológica, tuvieron algún acompañamiento familiar solo durante el trabajo de parto y no recibieron ningún método de alivio al dolor.

"En el discurso de los especialistas se reveló que la posición ginecológica para el parto se asume sin evidencias científicas que avalen sus ventajas sobre la mujer o el proceso; el hecho de que la única opción sea la mesa ginecológica impone dicha posición para parir", sostiene el informe de investigación.

Un trato cálido puede a veces suplir reales carencias, como la falta de fármacos y otras alternativas para aliviar el dolor. Sin embargo, en los testimonios de las gestantes abunda la referencia a un trato frío, acompañado de un lenguaje a veces explícito, otras corporal y extraverbal, que les provocó temor y desasosiego. "A cada rato me decía que la vida de mi niño dependía de cómo yo me portara e imagínese cuando a una madre le dicen eso", contó una gestante.

Si bien declaraban sentirse conformes con las intervenciones obstétricas en función del bienestar de su bebé, a la vez referían incomodidad y calificaban como negativa la experiencia de haber parido.

Entre otras conclusiones, el estudio reconoce que el término "violencia obstétrica" genera polémica para algunos profesionales, mujeres, gestores y administrativos, quienes no han reparado en que no se trata de una denuncia al personal sanitario, sino a prácticas que están totalmente institucionalizadas y tienen, por ello, un carácter estructural.

Fueron acciones percibidas como algo normal, "que toda mujer debe pasar para traer al mundo a su hijo", precisa el texto publicado en 2021 por la *Revista Cubana de Enfermería.*

Para Borges Damas, el asunto está en que las mujeres cubanas llegan al embarazo y el parto sin haber pasado la etapa de planificación familiar: "no saben cómo respirar, en qué posición parir, ni que pueden ser acompañadas. La mujer enfrenta un parto sin saber qué esperar; ni que el médico es un colaborador, no el protagonista, y esto la lleva a normalizar prácticas violentas", detalló.

La socióloga y periodista española Esther Vivas asegura que "la violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, porque está socialmente aceptada".

Autora del libro *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*, publicado en 2019 por la Editorial Capitán Swing, Vivas considera que la maternidad es un tema que ha sido olvidado por los movimientos sociales y también por el feminismo. "Aunque eso está empezando a cambiar", explicó en su texto la también activista por los derechos humanos de las mujeres.

A juicio de Borges Damas, el reconocimiento incipiente de la violencia obstétrica en Cuba es un avance, pero el desafío sigue siendo estructural: "erradicarla exige cambiar paradigmas culturales, reformar instituciones y escuchar a las mujeres".

La solución pasa por la formación y el desempeño de las y los profesionales, por unir conocimientos científicos y tecnológicos con valores humanos, asegura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que las mujeres pueden sufrir violencia obstétrica durante el embarazo, el parto o el puerperio.



VIOLENCIAS CRUZADAS, TAMBIÉN AL PARIR

POR LIRIANS GORDILLO PIÑA

La violencia obstétrica puede agravarse cuando se cruza con otras formas de discriminación como el racismo, el capacitismo y la homofobia, confirman testimonios y análisis especializados.

"Las mujeres gestantes que pertenecen a grupos marginados enfrentan prejuicios específicos que exacerban la violencia obstétrica", afirma Yamila Ramos, profesora e investigadora auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, a 227 kilómetros de La Habana.

La edad, el color de la piel, el estatus social, el lugar de residencia, la orientación sexual o vivir con alguna discapacidad las expone a situaciones de vulnerabilidad en una sociedad donde perviven el racismo y el patriarcado, a pesar de la lucha de activistas, instituciones y especialistas que los reconocen y abordan.



Una mujer negra, lesbiana, en situación de discapacidad, residente en una zona rural o con bajos ingresos, vive otros matices de la violencia obstétrica que se reconocen mucho menos.

"Las adolescentes suelen enfrentar juicios morales sobre su sexualidad o capacidad para ser madres, reciben comentarios despectivos como: 'eres demasiado joven para entender' o enfrentan actitudes que las infantilizan", ejemplifica Ramos.

La investigadora advierte que las mujeres mayores pueden ser estigmatizadas como "riesgosas" o "irresponsables" por concebir tarde, lo que puede traducirse en tratos condescendientes o hipervigilancia médica innecesaria e, incluso, ser sobremedicalizadas, agrega la especialista.

Ramos reconoce, además, que la existencia de límites estructurales afecta a las embarazadas en zonas rurales, quienes suelen experimentar dificultades para acceder a servicios especializados, además de ser tildadas de "ignorantes" o "descuidadas" y, en consecuencia, recibir menos explicaciones sobre procedimientos o tratos menos empáticos.

En tanto, las mujeres en situación de discapacidad pueden ser objeto de dudas sobre su capacidad para maternar



"A veces las personas no consideran la sordera como una discapacidad. Me ven normal, no uso un aparato y, sin embargo, no se dan cuenta de que debo estar todo el tiempo observando qué ocurre, sin poder obtener ninguna información. Para mí eso es una barrera y lo considero una violencia", reflexiona Anaely Betharte Gutiérrez.

e incluso sufrir presiones para que decidan no reproducirse, alerta la experta.

Anaely, Diana y Zaida son tres cubanas que experimentaron en sus vidas algunas de los obstáculos, formas de discriminación y maltrato de las que da cuenta Ramos.

"Tengo dos hijos. La primera vez me atendieron muy bien gracias a mi hermana, que trabajaba en un hospital y era enfermera; ella me acompañó todo el tiempo y fue mi intérprete. Pero en mi segundo embarazo no fue así. Existieron muchas barreras, sobre todo comunicativas", cuenta a SEMlac Anaely Betharte Gutiérrez, una mujer sorda, quien además es vicepresidenta de la Asociación Nacional de Personas Sordas e Hipoacúsicas (Ansoc) en La Habana.

Por su parte, Diana prefiere no recordar el momento del parto, pues vuelven a su memoria los gritos y la falta de higiene en el salón.

"Yo fui maltratada en el momento del parto. No puedo decir que fue por negra, pero sí creo que por ser joven; tenía 19 años. Los doctores no dejaron pasar a mi mamá ni a otros familiares para que supieran de mí y me demoré mucho", refiere la muchacha, quien ha pedido no ser identificada.

Zaida también vivió los prejuicios de la edad, pero desde el otro extremo. Comenzó su embarazo con 37 años y tuvo a su bebé cumplidos los 38. Fue catalogada como "madre añosa" y cuenta a SEMlac que, pese a estar sana todo el tiempo, "un ginecólogo se empeñó" en que tenía que ser diabética o hipertensa como su mamá, aunque no tuviera ningún síntoma.

La trataron como una enferma, lo que la llevó a hospitalizaciones innecesarias y un trato diferenciado cargado de preocupaciones. Sin embargo, sintió más prejuicios y discriminación por su poder adquisitivo.

"Me parece que no fue tanto racial, sino de estatus social. Si tú no tienes, no vales. Si tú tienes un poquito más, entonces te tratamos un poquito mejor. Si tienes amistades en el lugar, no hay problema. Me parece que fue un poco más eso que algo racial", opina Zaida, quien también pidió no ser identificada en este reportaje.

Tuve dos partos. El primero fue más traumático porque me lastimaron el cuello del útero dándoles clases a unos alumnos, después de haber parido bien. Me transfundieron sangre. Nunca me preguntaron si estaba dispuesta a eso.

MUJER ENTRE 40 Y 49 AÑOS, MAYABEQUE

Con décadas en el activismo afrofeminista y *queer*, Diarenis Calderón considera que los prejuicios impactan en el proceso de atención del embarazo y el parto.

"El primer momento en que comienza la violencia obstétrica es en la consulta para hacer la captación del embarazo, pues el personal de salud asume que la gestante debe estar acompañada por un hombre y, por demás, ser heterosexual. No cabe el margen a crear un espacio abierto a otras sexualidades", declara Calderón, integrante de la Articulación Afrofeminista y una de las coordinadoras del colectivo Nosotrxs.

Para la activista, la representación mediática y social sobre las mujeres negras sostiene estereotipos machistas y racistas e impacta en la vida cotidiana. Todo esto, asegura, puede repercutir negativamente en el trato que reciben en diferentes ámbitos, incluidos los servicios de salud materno-infantil.

"Quizás alguien crea que no tiene relación una cosa con la otra. Pues sí: si no se te representa

con dignidad, tu vida cotidiana transcurre en zonas de violencia. La cotidianidad en las escuelas, en los hospitales, tiene un vínculo estrecho con esta representación social desde la discriminación y el maltrato", insiste Calderón.

Por su parte, Betharte Gutiérrez sostiene que no reconocer las necesidades específicas de las mujeres sordas constituye una barrera estructural que les afecta en el embarazo y el posparto.

"Yo quisiera luchar para que las personas sordas podamos contar con un acompañante en el momento del parto, pero eso no sucede. Te dicen: 'todo el mundo para afuera' y quedamos incomunicadas si no tenemos intérprete, ni un familiar que conozca la lengua de señas", expresa.

"Cuando el médico explica algo de manera profunda, nosotras no tenemos cómo saber ni podemos aclarar dudas sobre tratamientos y procedimientos. Incluso nos hacen preguntas que son importantes y no podemos responder: ¿cómo no sentimos?, ¿cómo ha estado el bebé?, si defecamos después del parto. Además, si quien te atiende está usando mascarilla, no se puede ni leer los labios", agrega Betharte Gutiérrez.

Interseccionalidad, necesaria en análisis y propuestas

El concepto de interseccionalidad fue presentado por la jurista y teórica estadounidense Kimberlé Crenshaw, en 1989. Como enfoque, ha sido asumido por la academia y el activismo para reconocer, denunciar y proponer alternativas a la articulación entre los sistemas de dominación: colonialismo, capitalismo, racismo y patriarcado.

Pese a su utilidad para abordar la compleja realidad social, la perspectiva interseccional aún no se encuentra extendida en la investigación social, ni en la política; un hecho que trasciende a Cuba.

Una búsqueda en publicaciones digitales especializadas permitió identificar seis artículos científicos que tienen como centro las violencias obstétricas en el país, la mayoría con un enfoque centrado en la práctica y los servicios médicos, además de explorar en las manifestaciones y percepciones sobre este tipo de maltrato y las pautas que deben distinguir la atención al parto respetuoso.

En esos materiales no hay alusiones explícitas a imaginarios, estereotipos o relaciones de poder marcados por el color de la piel, el origen geográfico, el poder adquisitivo y, mucho menos, por vivir en situación de discapacidad o por la orientación sexual. Todas estas son variables que, como indican los testimonios, las mujeres gestantes sienten que sí impactan en la atención de salud.

Entre los textos analizados, solo La violencia gineco-obstétrica como expresión de la violencia basada en el género. Perspectiva desde el derecho penal cubano, de la jurista Amy Mae Hernández Espino, profesora de la Universidad de La Habana, sistematiza normas nacionales que sí identifican como agravantes las violencias de género y también la discriminación por color de la piel, orientación sexual e identidad de género.

"Como docente e investigadora, considero que mitigar los estereotipos y prejuicios en los servicios de salud requiere un enfoque multidimensional. Primero, es crucial incorporar la perspectiva de género y derechos humanos en la formación de profesionales de la salud, con asignaturas obligatorias que aborden estereotipos, violencia obstétrica y atención intercultural", considera la estudiosa cienfueguera Yamila Ramos.



"Los estereotipos y prejuicios machistas impactan profundamente la calidad de los servicios de salud para mujeres gestantes y en puerperio, al perpetuar roles de género que desvalorizan las necesidades y experiencias femeninas", afirma la especialista Yamila Ramos.

Para Diarenis Calderón también es clave el enfoque de derechos humanos y justicia social en el análisis de esta problemática.

"Es necesario alzar la voz para buscar una sociedad justa, con equidad social, donde las mujeres y las niñas tengan una mejor calidad de vida, donde la violencia y todas sus expresiones sean reconocidas y delimitadas para denunciarlas", opina la activista.

En relación con las normativas, Betharte Gutiérrez menciona como un paso de avance la aprobación del Decreto Ley

94/2024, que establece la lengua de señas cubana como un idioma.

"Espero crezcan los deseos de aprender la lengua de señas para eliminar la barrera comunicativa que afecta a nuestra comunidad que, aunque sea minoritaria, tiene participación e integración en la sociedad. Tenemos el derecho a sentir que nos atienden bien", concluye.

Poco a poco, las mujeres y especialistas con un compromiso con la solución del problema comienzan a empujar el enfoque interseccional en los análisis sobre las violencias. Tres reconocidas voces de la academia cubana fueron entrevistadas por SEMlac sobre esta problemática en el debate Violencia de género y color de la piel: en busca de enfoques interseccionales.

Entre sus recomendaciones, sugieren profundizar en las investigaciones sobre violencias desde un enfoque interseccional y ampliar el trabajo social y la participación ciudadana en la implementación de las políticas.

Al mismo tiempo, en el ámbito de la salud global aparecen publicaciones de referencia que remarcan el valor de la interseccionalidad para abordar la salud materna.

En 2024, la revista *eClinicalMedicine*, publicada por la editorial The Lancet —de referencia internacional en el ámbito de la salud y la medicina— publicó el artículo "Salud materna en el período perinatal y más allá. Hacia un mañana mejor: abordando las relaciones de poder de género interseccionales para erradicar las inequidades en la salud materna".

En el texto se afirma que "mirar las diferencias a través de una sola dimensión no refleja cómo los impulsores fundamentales de las inequidades en salud materna —incluyendo el racismo, la discriminación étnica o basada en castas, y las relaciones de poder de género— operan".

El equipo internacional de especialistas que tuvo a su cargo la redacción del material resalta el valor de las perspectivas feministas críticas y decoloniales, que no solo denuncian las opresiones, sino que "fomentan el desarrollo de enfoques más sofisticados para evaluar el impacto" de los sistemas sanitarios y enfoques médicos en la salud materna.

Contar con información y estadísticas es esencial para avanzar en protocolos de parto respetuoso, ya que permitiría visibilizar una forma específica de violencia de género como la obstétrica y dimensionar la magnitud del problema en cada contexto concreto.

"Es importante tener indicadores sobre violencia obstétrica porque lo que no se mide no se puede conocer, analizar y, sobre todo, visibilizar", confirmó a SEMlac Isisis Alonso Expósito, especialista de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública (Minsap).

Existe reconocimiento internacional de que contar con cifras y datos es clave para diseñar, implementar y evaluar políticas y programas dirigidos a prevenir y erradicar esta problemática, cada vez más identificada y denunciada.

Sin datos confiables es difícil asignar recursos, identificar prioridades o medir el impacto de las intervenciones, precisa el informe "¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna", publicado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (Gire), de México, en 2023.

Entre los principales indicadores a nivel global destacan las formas de violencia directamente percibidas por las gestantes, incluidos malos tratos verbales o físicos, negación de anestesia o atención médica, imposición de procedimientos médicos no consentidos, ignorar o desestimar las quejas o necesidades de la paciente y el aislamiento del bebé sin justificación médica.

Uno de los más importantes, sin dudas, es el porcentaje de mujeres informadas adecuadamente sobre los procedimientos realizados y que otorgaron su consentimiento de manera libre y voluntaria.

Pero también se cuenta el número de partos resueltos por cesárea sin indicación clínica, el empleo de episiotomías de rutina (incisión quirúrgica en el perineo femenino para ampliar la abertura vaginal), o el uso de oxitocina para agilizar el parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por

Las estadísticas que hacen falta

POR DIXIE EDITH

ejemplo, recomienda como aceptable una tasa de cesáreas de entre 10 y 15 por ciento, pero alerta que, en algunos contextos, la tasa supera 40 por ciento.

En Cuba, desde 2017 las tasas de cesáreas primitivas (que se realizan por primera vez a una mujer) permanecen en valores entre 18 y 19 por ciento, indican datos del Programa de Atención Materno Infantil (Pami) analizados en la "Guía de actuación para la atención al parto respetuoso", publicada en 2022 por el Minsap, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Alonso Expósito coincide con el valor de algunos de esos indicadores y su aplicación en el caso cubano. En su opinión, el número de episiotomías se podría contabilizar, al igual que los partos donde la gestante cuenta con acompañante.

"La satisfacción de la mujer se puede recoger por encuestas y las quejas sobre la atención se pueden obtener de los departamentos de atención a la población de las unidades de salud", precisó esta especialista en estadísticas.

Además, considera que el consentimiento informado debe formar parte de la práctica médica, pues es "lo orientado" y, si no se cumple, también habría que recogerlo a partir de entrevistas o encuestas.

"Hay un número de hospitales seleccionados para el proyecto de parto respetuoso y sería valioso conocer qué indicadores están ya reportando en esos lugares", añadió.

Un estudio realizado en el Hospital General Docente Ciro Redondo García, en Artemisa, propuso un sistema integral de indicadores que abarca desde la información y el consentimiento hasta la humanización del parto y la percepción de las mujeres sobre la atención recibida.

La propuesta, basada en evidencias y validada por expertos, podría constituir un modelo para su implementación nacional y facilitar la recolección sistemática de datos y el diseño de estrategias de mejora, asevera el artículo "Indicadores de calidad para evaluar la atención al parto con enfoque respetuoso en servicios obstétricos", de Lareisy Borges Damas, Rolando Sánchez Machado y Alicia González Portales.

Este sistema de indicadores contempla múltiples dimensiones que reflejan tanto las prácticas clínicas, como la percepción subjetiva de las mujeres.

Borges Damas, también coautora de la guía antes citada, considera prioritarios la información proporcionada a la paciente y su consentimiento informado ante cualquier procedimiento, "lo que busca garantizar la autonomía y participación activa de la mujer en su proceso de parto".

La propuesta incluye la medición de la frecuencia de intervenciones obstétricas invasivas realizadas sin justificación médica clara, incluidas las episiotomías, por ejemplo.

Además, el modelo incorpora la evaluación del acceso al acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, un elemento fundamental para la humanización de la atención y el bienestar emocional de la mujer, e incluye indicadores que registran la presencia de maltrato verbal o psicológico por parte del personal sanitario, así como la satisfacción materna con la atención recibida.

Otra dimensión relevante del sistema es la evaluación de la separación innecesaria e inmediata entre madre e hijo tras el nacimiento, una práctica que contraviene las recomendaciones internacionales sobre contacto piel con piel y lactancia precoz.

"Este conjunto de indicadores fue diseñado teniendo en cuenta las particularidades del sistema de salud cubano y las normativas vigentes, así como las barreras institucionales que dificultan la transformación de las prácticas obstétricas", aseguró Borges Damas a SEMlac.

La propuesta reconoce que la violencia obstétrica está institucionalizada y que su erradicación requiere no solo cambios en los protocolos clínicos, sino también en la cultura organizacional y la formación del personal de salud.

Su aplicación permitiría la recolección sistemática de datos, facilitaría la identificación de áreas críticas y la evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a promover partos respetuosos, lo que sentaría las bases para políticas públicas basadas en evidencia y orientadas a garantizar una atención obstétrica digna, segura y respetuosa.

HUMANIZAR EL NACIMIENTO HACIA EL PARTO RESPETUOSO

POR DIXIE EDITH

Conocer todos los detalles de cada etapa de su gestación y participar activamente en las decisiones relacionadas con el nacimiento de su pequeño Carlos Darío marcaron la diferencia para la socióloga cubana Geydis Fundora Nevot, quien formó parte de una prueba piloto que busca un trato más humano y respetuoso durante el parto en Cuba.

Iniciado en 2022 como parte de un proyecto conjunto entre el Ministerio de Salud Pública (Minsap) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), la iniciativa incluye a dos hospitales de la nación caribeña: el docente gineco-obstétrico Ramón González Coro, en La Habana, y el general universitario Camilo Cienfuegos, en la central provincia de Sancti Spíritus, a poco más de 300 kilómetros de la capital.

Más recientemente, el Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja, de la provincia de Holguín, a 679 kilómetros de La Habana, también se ha sumado a la



Para Geydis Fundora Nevot fue crucial contar con el acompañamiento de su esposo durante el parto.

experiencia, según explicó a la prensa local la enfermera Loida Cortés de Quero, de esa institución.

Junto a los hospitales seleccionados, se involucraron policlínicos y consultorios del médico de familia y hogares maternos asociados a ellos, con el propósito de que la atención y preparación de las embarazadas y sus familias, en todo lo relacionado con el parto respetuoso, comience desde la atención primaria.

Fundora Nevot llegó a la experiencia motivada por su labor investigativa. “Por los mismos temas que siempre había

estudiado, relacionados con las brechas racializadas, estaba muy preocupada por la sobre representación de las mujeres negras cubanas en la tasa de mortalidad materna", explicó a SEMlac la socióloga, actualmente directora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) en Cuba.

Cuando ya estaba embarazada, compartió su preocupación con colegas de trabajo y le contaron del proyecto, así que se dirigió al hospital habanero involucrado, en busca de más información.

"Me puse en contacto con la doctora Elizabeth Navarro Marín (especialista en obstetricia de ese hospital). Recuerdo esa primera conversación, donde ella me habló de que había un componente importante de sensibilización con el personal médico, pero había otro, muy valioso también, que pasaba por los procesos de empoderamiento de las mujeres embarazadas y de sus familias", relató.

"Ella comenzó a trabajar conmigo todo ese proceso de conocer, escuchar y confiar en mi cuerpo, en mi saber; de no perder la posibilidad de vivir el parto como un proceso natural y no desde el artificio y los poderes que impone la medicina", detalló.

Fundora Nevot aprendió a identificar cómo, muchas veces, en esa jerarquización de saberes, los equipos médicos toman el control del cuerpo de las mujeres. Ese fue un primer elemento que la doctora Navarro trabajó con mucha fuerza, reconoció, junto al conocimiento de todas las etapas que iba a vivir.

"Se denomina parto respetado o parto humanizado a un modo de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales", define el artículo "El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer", de la enfermera obstétrica Lareisy Borges Damas y un colectivo de autores de la provincia de Artemisa, a poco menos de 100 kilómetros de la capital cubana.



Garantizar la lactancia inmediata después del parto es uno de los elementos que defiende el modelo de parto humanizado.

"El objetivo es que el momento del parto sea un espacio familiar donde la mujer y su producto de la concepción sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible", agrega el texto, publicado en 2018 por la *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr un protocolo de actuación de parto respetuoso es necesaria la atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento, la comunicación efectiva, definir los períodos de dilatación, expulsivo —duración, posición para dar a luz, método para pujar—, el alumbramiento, la atención al recién nacido —contacto piel con piel, lactancia materna— y la atención a la mujer tras el nacimiento.

En ese camino, el protocolo que se intenta implementar en Cuba desde 2022 apuesta por ser una "alternativa al modelo convencional medicalizado" que existe en el país, reconoce, por su parte, la Guía de actuación para la atención al parto respetuoso, publicada por la Editorial de Ciencias Médicas como resultado de la fase inicial del proyecto conjunto entre el Minsap y el Unfpa.

El concepto de parto respetuoso o humanizado, según ese documento, implica "un modelo de atención y acompañamiento al embarazo, el parto-nacimiento y el puerperio", que no solo se enfoque en la salud física, psicológica y emocional de las gestantes, sino que tenga en cuenta sus derechos y los de sus bebés.

Entre las acciones para favorecer este modelo, según la guía, se incluyen capacitaciones teóricas y vivenciales en varias provincias, el acondicionamiento de espacios para el acompañamiento familiar durante el parto y la inclusión de alternativas farmacológicas para el manejo del dolor, entre otros elementos.

Además, busca limitar las intervenciones médicas innecesarias, privilegiando la creación de condiciones en torno al parto que favorezcan el respeto a la fisiología del proceso.

"También se insiste en que, desde que nazca el niño, se le coloque encima de la madre para favorecer el contacto piel a piel, lo cual hace más estrechos los vínculos entre la madre y el bebé y permite que la

lactancia materna sea inmediata. Al ser el parto de forma más fisiológica se evitan, por ejemplo, la sepsis puerperal o las dilataciones dolorosas", explicó al periódico *Escambray*, de Sancti Spíritus, la enfermera María del Pilar Hernández Pérez.



El acompañamiento informado a la gestante desde el inicio del embarazo también es imprescindible para garantizar luego un parto respetado.

De antecedentes y desafíos

Aunque la prueba piloto comenzó formalmente en 2022, la necesidad de cambiar el paradigma de la atención al embarazo y el parto en Cuba ya tenía antecedentes. En octubre de 2018, el Programa de Atención Materno Infantil (Pami), del Minsap, realizó un primer taller nacional sobre parto respetuoso y humanizado, con apoyo del Unfpa y la contribución de enfermeras chilenas especializadas en ese enfoque de atención.

Este espacio de capacitación propició, a partir de 2020, una serie de intercambios entre especialistas para la elaboración y validación de la ya citada guía, publicada finalmente en 2022.

En junio de 2019, durante el XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, la violencia obstétrica fue reconocida como una problemática en el país y se definieron algunas directrices para su atención.

Justo en ese año, el hospital provincial de Artemisa, bajo la conducción de Borges Damas, diseñó un proyecto de investigación que derivó en un modelo de atención al parto respetuoso, un asunto que la experta venía trabajando desde 2014.

Borges Damas explicó a SEMlac que en Cuba hay una contradicción importante entre "lo que dicen las corrientes internacionales de parto respetuoso y lo que hace el sistema de salud en el sentido del programa materno infantil".

La OMS, por ejemplo, habla de una atención prenatal de entre cinco y ocho controles en todo el embarazo, pero Cuba tiene establecidos 14.

Sin embargo, se trata de un asunto polémico, pues ese seguimiento tan cercano y sistemático de las gestantes también busca garanti-

zar embarazos y partos sin complicaciones, en un país donde las tasas de mortalidad materna se han resistido a bajar en los últimos años y han aumentado las de mortalidad infantil, sobre todo en el período posterior a la pandemia de covid-19.

Por su parte, el documento rector del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, publicado en 2024, en su objetivo 17 —de 41—, se propone "lograr la óptima calidad del trabajo del parto, del parto y el puerperio, e implementar la asistencia al parto respetuoso".

Se trata de un objetivo catalogado por el propio texto como "con cambios significativos en sus actividades". El material busca promover un trato digno y respetuoso hacia la gestante durante el proceso del parto y menciona la aplicación de innovaciones tecnológicas y mejores prácticas, lo que podría incluir reducir intervenciones innecesarias.

No obstante, especialistas reconocen retos como la escasez de recursos materiales para adaptar espacios físicos para partos no convencionales y garantizar, por ejemplo, la participación de padres u otros acompañantes, así como la resistencia cultural de profesionales formados en modelos más verticalistas, analiza el médico Carlos Alberto González en su artículo "Parto respetuoso en Cuba: los desafíos de un cambio de modelo".

La implementación del parto respetuoso aún es incipiente y necesita extenderse. Unos 8.006 partos han cumplido con el protocolo de acompañamiento selecciondo por la gestante, según datos oficiales informados el 15 de julio en una de las sesiones del parlamento.

Fundora Nevot lo vivió de manera directa: "Otro paso muy importante tuvo que ver con la negociación con la institución para cambiar determinadas normas, como no permitir el acompañamiento de un familiar durante el momento del parto. Fue una medida que tuvo que ver con la covid-19 y tuve un proceso de negociación con la dirección del hospital, con el equipo de preparto, para que mi esposo pudiera acompañarme", detalló.

"Eso fue crucial, porque él se preparó conmigo para ayudarme con la respiración, con determinados masajes y estimulaciones de las contracciones", agregó.

Borges Damas coincide con las prioridades identificadas por la doctora Navarro Marín al atender a Fundora Nevot.

En su opinión, "la mujer cubana, cuando se embaraza, se concibe como enferma" y así lo ven también muchos obstetras, con lo cual se trata de un reto que pasa por cambios culturales que no ocurren de un día para otro, explicó la enfermera.

Para la socióloga, en tanto, un elemento clave de su experiencia fue haber estado informada de cada paso. "Siempre hubo consentimiento informado; me consultaron para que estuvieran estudiantes visualizando y la doctora me presentó a todo el equipo en medio de los dolores y me fue describiendo qué podía esperar en cada momento".

"Yo fui sujeto en mi parto, no objeto. La toma de decisiones conjunta me mantuvo serena durante todo el proceso", aseguró Fundora Nevot.

No me dejaron gritar y me dejaron sola caminando con el bebé en el canal de parto de una sala a otra. Cuando subí a la camilla en cuatro patas me dijeron si iba a parir como una negra. No me dejaron quedarme con la placenta y me preguntaron si la quería para brujería. Mi bebé recién nacido esperó solo en una bandeja a dos metros de mí a que la doctora me cosiera los desgarros que el jefe de sala me hizo para que dilatara. Yo misma le tuve que aguantar la linterna porque nadie la asistió. Una enfermera me gritó y me acosó todo el tiempo porque le había dado un mal día de trabajo, cuando yo solo le dije que tenía tupida la aguja con la que me ponían la oxitocina.

MUJER ENTRE 40 Y 49 AÑOS, LA HABANA

Del silencio a los medios

POR SARA MÁS

La violencia obstétrica, históricamente naturalizada, ha ido transitando del silencio a la mirada pública, aunque todavía no es asunto de debate extendido en Cuba, como se necesita, para ganar conciencia desde las partes involucradas a favor de la calidez, la humanidad y el respeto en el proceso de gestación y parto.

La incursión de algunos medios de comunicación en esta problemática, su estudio desde la investigación científica, las referencias normativas sobre salud más recientes y el impulso de programas de cooperación a favor del parto respetuoso han agregado mayor visibilidad sobre su ocurrencia en el país y la necesidad de atenderla durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Ya a finales de la década de los ochenta del siglo pasado, la revista *Bohemia*, de circulación nacional, abogaba por el sostén y apoyo emocional a la gestante y, sobre todo, por la compañía de su pareja en el salón de parto. Una práctica que alguna vez comenzó, pero luego no se extendió ni continuó.

"Un sitio para el padre en el momento que el amor estalla" reclamaba, en enero de 1989, el bajante de un reportaje de la periodista Mirta Rodríguez Calderón, autora también de "¡Papá en el parto!", ese mismo año, y "Donde empieza el amor" que, en diciembre de 1993, hablaba de humanizar ese momento, tras reconocer la labor médica como garantía de un proceso con final feliz y mostrar, a la vez, experiencias no agradables de las parturientas.

En una de sus reflexiones, resumía la colega: "Me parece que las mujeres no deben seguir pagando en los salones de parto por el pecado ori-ginal. A veces la mayoría del equipo asistencial está formado por otras mujeres. Pero la falta de conciencia de género que, en general, padecemos las cubanas, determina que, con no poca frecuencia, tanto ellas como ellos vean en la parturienta el instrumento mediante el cual se realiza su sapiencia; y a la portadora de parámetros fisiológicos que apuntarán sus éxitos técnicos y agregarán milésimas de gloria a ese índice tan bajo de mortalidad infantil que nos enorgullece a todos".

En ese mismo reportaje, Rodríguez Calderón exponía algunas buenas prácticas y llamaba a magnificar el factor humano dentro de los parámetros de atención óptima; hacer un espacio al esposo, un familiar o una amiga de la parturienta en el salón; a elevar la solidaridad humana entre mujeres, sobre todo en ese momento;
y a privilegiar la lactancia materna y el contacto inmediato entre madre y bebé, entre otras ventajas.

Años después, algunos periódicos provinciales han seguido trayendo la problemática a la agenda mediática pública, a partir de los testimonios y vivencias de varias gestantes, la experticia de médicos y especialistas, junto a la mirada crítica y propositiva que busca un cambio cultural, técnico y sobre todo humano al parir.

El 25 de noviembre de 2022, a propósito del Día Internacional por la Eliminación de la Violencia contra las mujeres, el periódico *26* publicó "Alumbramiento en Las Tunas…¿y mi parto respetado?", reportaje de Yuset Puig Pupo, con fotos de Reynaldo López Peña y que, por su impacto, fue reproducido en otros espacios digitales como *Cubadebate*.

El material trajo a primer plano testimonios recientes de violencia obstétrica vividos en esa provincia, a más de 600 kilómetros de la capital cubana, y el reconocimiento de especialistas de que estamos "a años luz de variantes de nacimientos que se impulsan en el orbe".

Citada en ese material, la periodista Liliana Gómez Ramos asegura que "es durante el parto cuando mayor violencia se ejerce sobre la mujer, sobre todo porque está muy sensible, demanda



un trato especial y es una práctica asumida que muchos médicos utilicen frases ofensivas y tonos duros para que reaccione, más ¿esto no es institucionalizar el maltrato?, ¿las rutinas no pueden basarse en el esfuerzo positivo?", cuestionaba. "Las mujeres suelen ser concebidas como cuerpos sin derecho a decidir nada, mientras que el conocimiento reside únicamente en el médico", reflexionaba Gómez Ramos.

Fortalecer el enfoque de género en la formación de especialistas, establecer un paradigma más afectivo de parto humanizado, no acelerar artificialmente los tiempos del parto, practicar la episiotomía solo si es necesaria, alentar a las embarazadas a moverse y no dar a luz acostadas, obligatoriamente, son algunas de las recomendaciones contenidas en el texto.

Más recientemente, en febrero de 2023, el periódico *Escambray*, de Sancti Spíritus, dedicó un reportaje y un espacio de su noticiero digital a lo que llamó "un parto sin traumas" y la implementación en esa provincia de un proyecto nacional para disminuir las manifestaciones de violencia obstétrica. "Dar luz a la vida", de las periodistas Yeris del Sauzal y Lisandra Gómez, reúne fuertes historias de violencia obstétrica que contrastan con lo que es posible cambiar y lograr desde buenas prácticas de parto respetuoso que se abren camino allí.

"Le pedí en más de una ocasión que me trajera a la ginecóloga porque no podía soportar el dolor y su respuesta siempre fue que pasara al baño porque, según ella, eran dolores de barriga. Por ser adolescente, me repetía que no sabía lo que era parir. Cuando se cansó de hablar y jugar con el teléfono se armó la corredera, mi hija ya estaba naciendo", se lee en uno de varios testimonios.

En cambio, otra fue la vivencia de Melisa Armenteros, madre primeriza entrevistada, con solo tener compañía familiar en el parto: "Mientras permanecí sola estaba nerviosa, lo único que hacía era quejarme (…). Cuando dejaron entrar a mi suegra todo cambió. Creía que no podía parir, pero sí. Estoy muy agradecida de la doctora y de la enfermera".

Bajo el título `"Tienes que portarte bien": el parto ¿respetuoso? en Camagüey´, dos meses después el periódico *Adelante*, en esa provincia centro oriental, expo-



El Archipiélago

EXCLUSIVO

EXALTACION DE LA ALEGRIA

¡Papá en el parto!

Un relato excepcional de la primera pareja que comparte en nuestro medio el instante supremo del amor y el apoyo recíproco en el nacimiento del hijo de ambos.

MIRTA RODRIGUEZ CALDERON
Fotos: Daniel Ravelo R.

nía las formas de violencias percibidas por 105 mujeres: 71 identificaron violencia psicológica y verbal, 69 indiferencia, 48 enjuiciamiento, 24 burla y 16 la física.

Ese mismo año 2023, la investigación de periodistas independientes Partos rotos, reconocida con el Premio Roche de Periodismo en salud, dio cuenta de la experiencia de otras 514 cubanas. El 76 por ciento refirió haber sido objeto de episiotomía para acelerar el parto, de las cuales solo a 21 por ciento se le pidió consentimiento y a 73 por ciento no se le aplicó anestesia antes. Del total de mujeres consultadas, 48 por ciento aseguró que no les pidieron su consentimiento para realizarles procedimientos a ellas o sus bebés y 41 por ciento aseguró haber sufrido violencia verbal o psicológica.

Hacia un parto res

¿Qué hacer?

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud y a quienes toman decisiones para que la mujer sea protagonista de su parto, con libertad para decidir cómo y con quién dar a luz, respetando sus decisiones.
- Acondicionar espacios en servicios obstétricos para permitir el acompañamiento de la pareja o familiar, fortaleciendo el apoyo emocional durante el parto.
- Implementar alternativas farmacológicas para un manejo adecuado del dolor, favoreciendo una experiencia menos medicalizada y más humanizada.
- Cultivar la empatía del personal de salud para respetar creencias, emociones y brindar información oportuna, atendiendo las angustias sin menosprecio.
- Integrar la atención primaria a través de policlínicos, consultorios y hogares maternos, contribuyendo a la preparación integral de las embarazadas y sus familias para un parto respetuoso.

spetuoso en Cuba

¿Dónde buscar información?



Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto

Tesis doctoral, defendida en 2016 por Lareisy Borges Damas, que propone un modelo de cuidados humanizados para la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital general docente "Comandante Ciro Redondo García", de Artemisa.

Se puede consultar en el repositorio de la Universidad de Ciencias Médicas De La Habana



Guía de actuación para la atención al parto respetuoso

Elaborada por un colectivo de autores, y publicada en 2022 por la Editorial de Ciencias Médicas, es resultado de un proyecto conjunto entre el Ministerio de Salud Pública de Cuba (Minsap) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa).

Se puede consultar en:
https://instituciones.sld.cu/socuenfhabana/files/2022/05/guia_actuacion_atencion_parto_respetuoso.pdf



Programa Nacional de Atención Materno Infantil

Elaborada por un colectivo de autores, y publicada en 2024 por la Editorial de Ciencias Médicas, se trata de una guía para el trabajo del programa en el país.

Se puede consultar en:
https://instituciones.sld.cu/socuenfhabana/files/2022/05/guia_actuacion_atencion_parto_respetuoso.pdf

SEMLAC

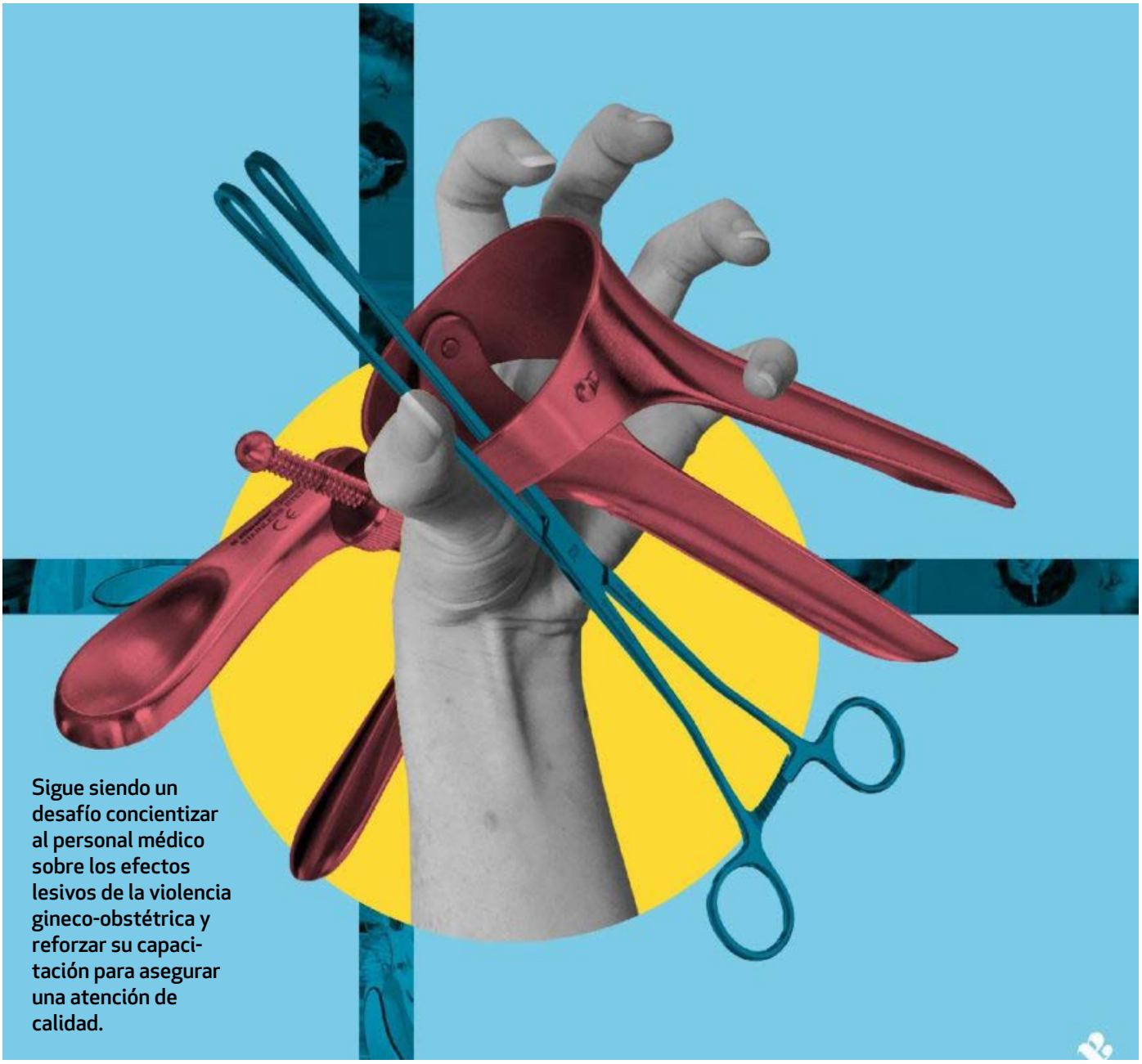
PARTO CON DERECHOS: DESAFÍOS LEGALES

POR LISANDRA FARIÑAS

Aunque han pasado 11 años, Débora Suárez recuerda con detalles el nacimiento de su hijo. Si bien su embarazo llegó a feliz término, algunos aspectos del parto aún la inquietan.

"Fue una noche larga", dice. Conectada a un monitor que medía sus contracciones y vigilaba el estado de salud de su bebé, y apenas vestida con una bata, cuenta que en toda la noche solo una joven residente de Medicina tuvo el gesto de cubrirla con una manta. "Por el frío del aire acondicionado, me quedaron contracturas en los pies; esos dolores me duraron semanas", dice.

A la mañana siguiente continuaron las revisiones. "Solo decían 'sube' (a la camilla), sin explicar el proceder que lla-



Sigue siendo un desafío concientizar al personal médico sobre los efectos lesivos de la violencia gineco-obstétrica y reforzar su capacitación para asegurar una atención de calidad.

maban 'torniquete'. Me sentí invadida, con varios estudiantes mirando y sin que la doctora dijera nada", refiere.

La episiotomía fue otro de los procedimientos que le realizaron sin previo aviso, y no vio ni tuvo a su bebé en brazos hasta horas después. "Ese primer contacto piel a piel no lo viví y me asusté mucho", rememora.

Débora confiesa que no había pensado en su parto desde la perspectiva de reconocerse como una víctima de violencia obstétrica, pero está consciente de que no todo estuvo bien. "Me hubiera gustado saber qué estaba pasando en cada momento. La episiotomía tuvo complicaciones y pasó mucho tiempo antes de volver a tener una vida sexual sin dolor", recuerda.

Su relato puede ser similar a las experiencias de muchas mujeres que, aunque no marcan su vivencia como "violenta", sienten que la atención que recibieron pudo haber sido más humana y respetuosa.

Lo acontecido a Claudia Morán, una habanera de 39 años, tiene puntos de encuentro con lo vivida por Débora. Nueve años después, para Claudia persisten varias dudas sobre los procedimientos médicos durante su parto.

"No fue nada agradable y las secuelas siempre quedan; de hecho, decidí no volver a pasar por esos procesos", afirma la joven.

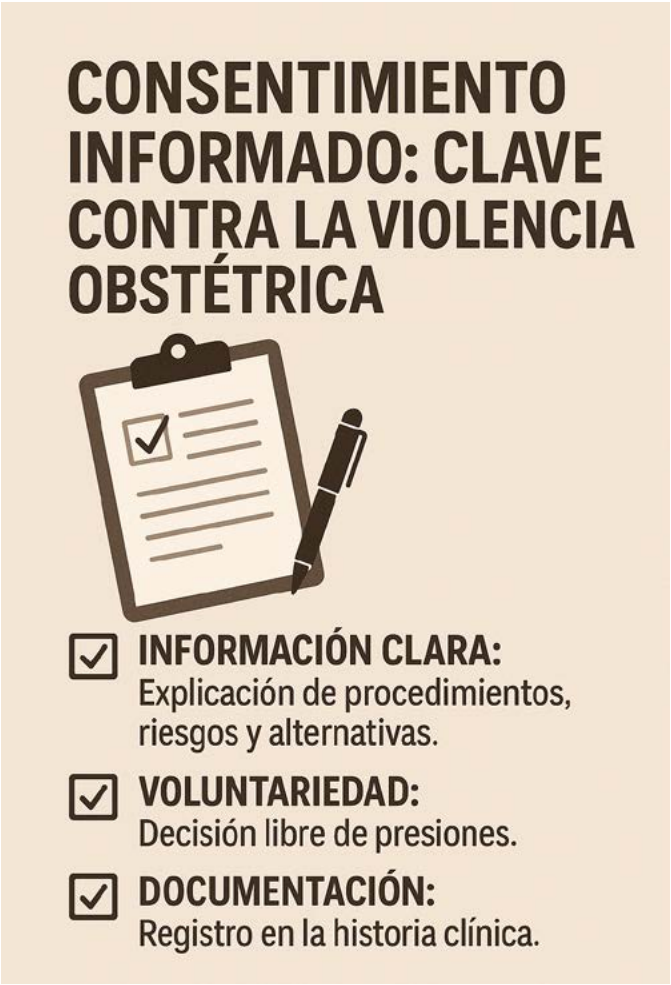
"Estuve 18 horas en trabajo de parto, que en teoría era 'normal', pero terminó en cesárea de emergencia porque mi bebé, que venía sin problemas, a última hora hizo una presentación de cara (cuando el bebé viene por el canal de parto con la cara hacia abajo). Fueron horas de dolor, sin información clara ni pedirme mi consentimiento para los procedimientos", relata.

Claudia recuerda con angustia "estar en esa camilla, con médicos y residentes examinándome uno tras otro, sin explicarme qué pasaría conmigo, ni pedirme permiso para exponerme a varios tactos vaginales. Sé que la docencia es importante, pero ¿hasta qué punto pueden ignorar el dolor y la ética?".

En contraste, destaca un gesto humano. "La anestesióloga de guardia fue un alivio; me habló, me sostuvo la mano, me calmó. Pero estuve completamente sola: nadie me preguntó si quería compañía", añade.

La joven agrega que no se respetó su decisión de no ser madre de nuevo: "pedí que me ligaran, pero me lo negaron por tener menos de 30 años y ser primeriza".

Ambos testimonios reflejan una realidad que muchas mujeres enfrentan durante el embarazo y el parto.



El principio del consentimiento informado es fundamental para asegurar que las mujeres puedan decidir de manera libre y autónoma sobre los procedimientos médicos que afectan su cuerpo.

Según la profesora de Derecho de la Universidad de La Habana Amy Mae Hernández Espino, esta violencia se traduce en prácticas que degradan y oprimen a las mujeres.

En su artículo "La violencia gineco-obstétrica como expresión de la violencia basada en el género", publicado en 2023 en la *Revista Cubana de Derecho*, agrega que ello implica una lesión a sus derechos sexuales y reproductivos, así como a la dignidad humana y la autonomía sobre el cuerpo.

Avances y deudas jurídicas

La nueva Ley de Salud Pública cubana, aprobada en diciembre de 2023, establece en su artículo 10 principios clave para una atención obstétrica respetuosa: "atención integrada e integral centrada en la persona" y "respeto a la autonomía de la voluntad".



El artículo 16 del mismo texto subraya la importancia de "servicios de salud libres de violencia y discriminación", mientras que el capítulo II expresa que "todas las personas, con independencia de sus condiciones y circunstancias personales, con respecto a su salud sexual y reproductiva, tienen derecho a recibir información, orientación y atención especializada en las instituciones del Sistema…".

Pese a estos avances, especialistas coinciden en que persisten brechas entre la práctica y la norma. La Ley de Salud no tipifica la violencia obstétrica como violación específica, ni contempla mecanismos claros de reparación integral para las víctimas ante estos supuestos, afirma a SEMlac el jurista Yuliesky Amador Echevarría, decano de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas de la Universidad de Artemisa, provincia contigua, al suroeste de la capital cubana.

Uno de los elementos más relevantes en la legislación actual es el reconocimiento del consentimiento informado. Este principio es fundamental para asegurar que las mujeres puedan decidir de manera libre y autónoma sobre los procedimientos médicos que afectan su cuerpo, explica el jurista.

Agrega que la Ley de Salud Pública lo establece como un requisito obligatorio, lo cual refuerza la necesidad de que las pacientes reciban información clara, comprensible y completa, se respeten sus tiempos para decidir y exista una documentación efectiva y verificable del consentimiento.

Sin embargo, la falta de cultura del consentimiento y el predominio del modelo biomédico hegemónico hacen que frecuentemente "las decisiones se concentren en figuras médicas, restando autonomía a las mujeres", advierte Amador Echevarría y añade que muchas prácticas lesivas, como gritos o tactos reiterados sin explicación, se naturalizan.

De acuerdo con la profesora Hernández Pino, este fenómeno refleja relaciones de poder asimétricas basadas en el género, que se perpetúan por desconocimiento y falta de alternativas.

Amador Echevarría, en tanto, considera que, lo mismo la Constitución de 2019 que el Código de las Familias (2022) fortalecieron el marco normativo que permite enfrentar la violencia basada en género.

Pero uno de los principales obstáculos para abordar la violencia obstétrica como problema de salud públi-

ca es la falta de una definición clara y consenso en su conceptualización, tipificación y alcance.

Según el jurista, la Carta Magna reconoce el derecho a una maternidad y paternidad responsables, protege la salud sexual y reproductiva y así establece las bases para rechazar la violencia institucional en el ámbito obstétrico. Mientras, la legislación familiar refuerza la autonomía reproductiva. Aunque no menciona la violencia obstétrica, promueve la dignidad, la igualdad y el trato humanizado como marco para rechazar prácticas abusivas.



La violencia obstétrica se traduce en prácticas que lesionan los derechos sexuales y reproductivos, así como la dignidad humana y la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres.

Según destaca Hernández Espino, en el Código Penal también se han diseñado un grupo de mecanismos para reprimir conductas cometidas por razones lesivas, discriminatorias o violentas basadas en el género.

Explica la jurista que la norma prevé agravantes cuando los delitos se cometen por motivos de género y, aunque no existe un título único para los derechos sexuales y reproductivos, las conductas que los vulneran están dispersas en la norma penal.

Ello "posibilita apreciar esta circunstancia en aquellos delitos que no fueron concebidos directamente como actos propios de violencia gineco-obstétrica", precisa en su artículo.

Sin embargo, si bien desde el Derecho constitucional, familiar y penal existen mecanismos indirectos de protección, la ausencia de una figura penal específica dificulta la exigibilidad de la responsabilidad, advierte Amador Echevarría.

"El principal desafío es entender que no se busca la penalización de los profesionales de la salud, sino generar conocimiento para prevenir la violencia obstétrica y erradicarla de los centros de atención materna en Cuba", insiste.

¿Qué falta para una atención humanizada?

El camino hacia un parto respetado exige no solo leyes, sino un cambio cultural que ponga en el centro los derechos humanos.

Amador Echevarría sostiene que en Cuba la formación de jueces, fiscales y abogados, ya sea en planes de estudio o capacitación, sigue siendo insuficiente en temas como violencia obstétrica, derechos reproductivos y enfoque de género.

Todo hubiera sido diferente si tan solo hubieran escuchado mi historia, mi percepción y me hubieran dado mayor protagonismo; pero me trataron como un robot, sin poder de decisión, y me infundieron miedo. Pude haber tenido perfectamente un parto vaginal natural si el personal de salud hubiera escuchado las señales y hubiera sido más respetuoso en el proceso. Otra cosa que hicieron sin mi consentimiento fue darle una toma de leche "maternizada" a mi bebé antes de yo poderle ofrecer el pecho y eso me duele tanto o más que todo el proceso interventivo previo.

MUJER ENTRE 40 Y 49 AÑOS, LA HABANA

Historias en primera persona

POR SARA MÁS

Un total de 320 cubanas residentes en la nación caribeña contestaron un sondeo realizado por SEMlac sobre sus experiencias antes, durante y después del parto. Sin tratarse de una muestra representativa, el ejercicio permite acercar las vivencias de quienes accedieron a responder y hasta narraron, en algunos casos, parte de sus historias. Esas que no olvidan, aun cuando haya pasado más o menos tiempo de haber ocurrido.

El 38,7 por ciento de ellas aseguró que nunca, durante el embarazo o el parto, les explicaron claramente algún procedimiento o intervención al que serían sometidas ni les pidieron su consentimiento para realizarlo, frente a un grupo considerable de casi la mitad de la muestra que sí admitió haber recibido esa información algunas veces (21,1%), casi siempre (12,9%) o siempre (15,4%).

Entre los procedimientos aplicados con mayor frecuencia en este grupo de mujeres estuvieron los siguientes: episiotomía (44%), tactos vaginales reiterados (39,6%), administración de oxitocina u otros medicamentos para inducir o acelerar el parto (38,9%), maniobra de Kristeller /presión sobre el abdomen para ayudar a la salida del bebé (38,3%) y rotura artificial de membrana / romper fuente (31,5%).

En menor proporción refirieron la prohibición de moverse o cambiar de posición durante el parto (19,1%), la extracción manual de la placenta (14,4%) y el parto asistido con fórceps o ventosa (9,7%).

Más de la mitad (52,2%) no tuvo que pasar por la amarga y lamentable situación de recibir comentarios irónicos, descalificadores o en tono de burla durante el proceso; algo que sí vivieron algunas veces el 26,9 por ciento, casi siempre el 6,6 por ciento y siempre el 4,7 por ciento.

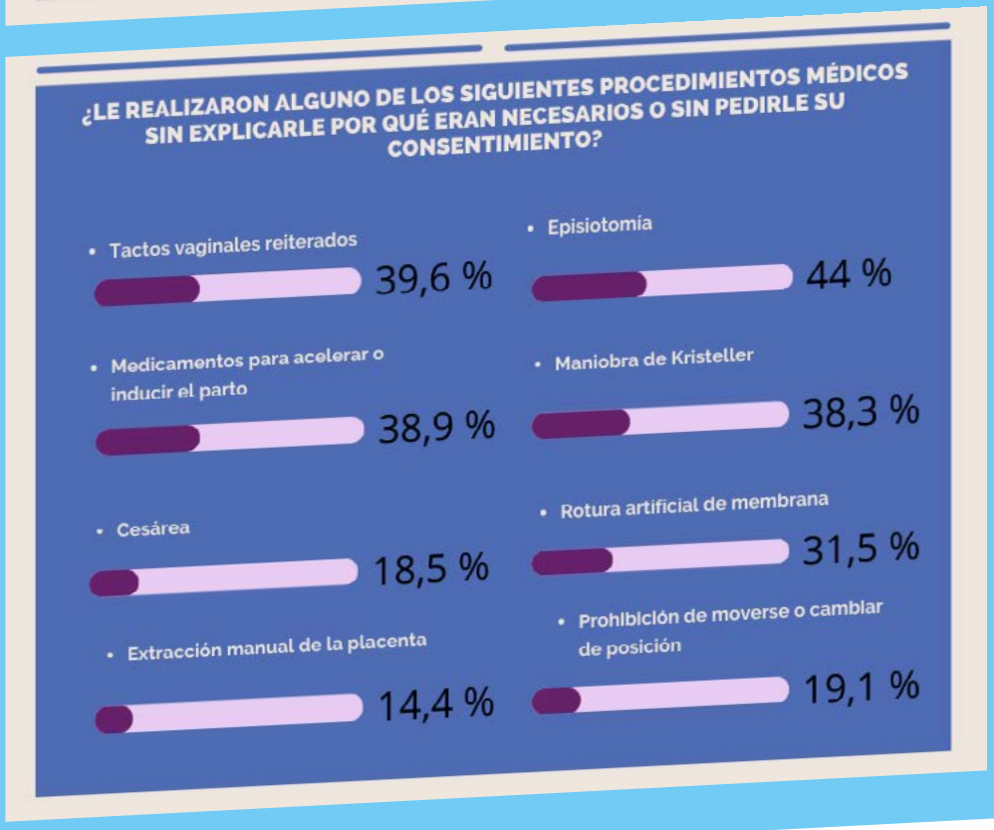
Al 44,7 por ciento, en tanto, le tocó recibir alguna vez gritos o un trato rudo y casi la mitad de las mujeres consultadas (49,7%) dijeron que nunca tomaron en cuenta su opinión sobre situaciones importantes durante la atención que recibieron.

Un aspecto clave como la compañía y apoyo de la familia en el momento del parto denota un panorama que precisa cambios urgentes. Al 45,9 por ciento no se le permitió la compañía de una persona de confianza en ningún momento, al 13,5 por ciento solo en algunos momentos y solo al 12,6 en todo momento.



Una proporción muy pequeña (2,8%) adujo que no era su deseo.
La mayoría de las mujeres consultadas por SEMlac (89,4%) no pudieron elegir la posición para dar a luz y al 39,4 por ciento les prohibieron comer o tomar alimentos durante el trabajo de parto.
A modo de resumen, 47,5 por ciento consideró que alguna vez había sido objeto de violencia obstétrica durante la atención prenatal, el parto o el posparto, lo que de algún modo afectó negativamente esa experiencia y la salud emocional, de forma moderada o intensa, para el 57,9 por ciento de la muestra.





Además, aún faltan herramientas y protocolos que articulen derecho, bioética, medicina y psicología, añade.

Hernández Pino recuerda que las mujeres, durante el embarazo y el parto, están en especial situación de vulnerabilidad. Por eso, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw) —del cual Cuba es parte— insta a los Estados a garantizar el acceso libre y seguro a servicios médicos, incluidos los de maternidad gratuita y sin riesgos.

Todavía falta conciencia social y del personal médico sobre los efectos lesivos de la violencia gineco-obstétrica y reforzar su capacitación para asegurar una atención de calidad, señala.

Amador Echevarría subraya que se trata de un "fenómeno multifactorial", el cual requiere una respuesta interdisciplinaria y coordinada entre el Derecho, la salud pública y la participación de las mujeres.

Fortalecer los mecanismos de denuncia de las mujeres, formar al personal de salud en género y derechos humanos, y lograr una respuesta jurídica efectiva son pasos clave para avanzar en ese camino, sostiene.

La atención obstétrica, concluye, debe ser "un proceso respetuoso y humano, donde se reconozcan y protejan los derechos de todas las mujeres".