Comportamiento de la violencia obstétrica en la Sala de Preparto del Hospital Iván Portuondo, Artemisa, Cuba

DOI: 10.5281/zenodo.20801845
SANUM 2026, 10(3) 12-22

Cómo citar este artículo

García Pereda MA, Carménate Canino A, López Gil DM, Novo Rodríguez Y.
Comportamiento de la violencia obstétrica en la Sala de Preparto del Hospital Iván Portuondo, Artemisa, Cuba.
SANUM 2026, 10(3) 12-22
DOI: 10.5281/zenodo.20801845

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

AUTORES

Manuel Alejandro García Pereda[1] (0000-0001-9731-0002)

Andy Carménate Canino[2] (0009-0002-4066-6088)

Daniel Marcial López Gil[3] (0000-0001-9406-1266)

Yembila Novo Rodríguez[1] (0000-0003-3589-5310)

Afiliaciones:

[1] Facultad de Ciencias Médicas Artemisa. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Ciro Redondo García, Artemisa, Cuba.

[2] Facultad de Ciencias Médicas Artemisa. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Iván Portuondo, San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba.

[3] Facultad de Ciencias Médicas Artemisa, Artemisa, Cuba.

Autor de correspondencia:
Manuel Alejandro García Pereda

elnenevaradero@gmail.com

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica constituye una forma de maltrato que vulnera la dignidad y los derechos de las gestantes durante el parto institucional. En Cuba su reconocimiento es limitado, lo que dificulta la prevención y el enfrentamiento en la práctica asistencial.

Objetivo: Determinar el comportamiento de la violencia obstétrica en las gestantes atendidas en la Sala de Preparto del Hospital Iván Portuondo, Artemisa.

Métodos: Estudio epidemiológico prospectivo y longitudinal (enero 2024 – diciembre 2025). El universo incluyó 3 902 embarazadas; la muestra final fue de 3 861 tras aplicar criterios de inclusión y exclusión. Se analizaron variables sociodemográficas, obstétricas y formas de violencia mediante encuestas, entrevistas y observación directa.

Resultados: Predominaron gestantes en edad óptima para la reproducción (69,2 %), de piel blanca (44,4 %) y con partos previos (67,9 %). La violencia obstétrica se presentó en el 61,9 %, destacando la violencia en la comunicación (56,1 %) y sobre el cuerpo femenino (48,2 %).

Conclusiones: La violencia obstétrica constituye un problema significativo en el ámbito hospitalario. Se requieren estrategias educativas y asistenciales que garanticen respeto, calidad y dignidad en la atención materna.

Palabras clave:

Violencia Obstétrica;
Parto;
Salud Materna;
Derechos Reproductivos.

Obstetric Violence in the Labor and Delivery Unit of Iván Portuondo Hospital, Artemisa, Cuba

DOI: 10.5281/zenodo.20801845
SANUM 2026, 10(3) 12-22

How to cite this article

García Pereda MA, Carménate Canino A, López Gil DM, Novo Rodríguez Y.
Obstetric Violence in the Labor and Delivery Unit of Iván Portuondo Hospital, Artemisa, Cuba.
SANUM 2026, 10(3) 12-22
DOI: 10.5281/zenodo.20801845

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Abstract

***Objective**: Introduction: Obstetric violence is a form of mistreatment that undermines the dignity and rights of women during institutional childbirth. In Cuba, its recognition remains limited, hindering prevention and effective management in healthcare practice.*

***Objective**: To determine the behavior of obstetric violence among pregnant women admitted to the Pre-Delivery Room of Iván Portuondo Hospital, Artemisa.*

***Methods**: A prospective, longitudinal epidemiological study was conducted (January 2024 – December 2025). The universe included 3,902 women; 3,861 were selected after applying inclusion and exclusion criteria. Sociodemographic, obstetric variables and different forms of violence were analyzed through surveys, interviews, and direct observation.*

***Results**: Most participants were of optimal reproductive age (69.2%), white skin (44.4%), and had previous deliveries (67.9%). Obstetric violence was identified in 61.9% of cases, mainly in communication (56.1%) and physical interventions on the female body (48.2%).*

***Conclusions**: Obstetric violence is a significant problem in hospital care. Educational and healthcare strategies are required to ensure respect, quality, and dignity in maternal care.*

Key words:

Obstetric Violence;
Parturition;
Maternal Health;
Reproductive Rights

Tipo de artículo:
Artículo original

Sección:
Salud Pública.

F. recepción: 24-03-2026
F. aceptación: 02-05-2026
F. publicación: 29-07-2026

DOI: 10.5281/zenodo.20801845

Abreviaturas utilizadas (versión español / English version)

- **VO:** Violencia obstétrica / Obstetric Violence
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud / World Health Organization (WHO)
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas / United Nations (UN)
- **HIP:** Hospital Iván Portuondo / Iván Portuondo Hospital
- **PAMI:** Programa Materno Infantil / Maternal and Child Program
- **DOI:** Identificador de objeto digital / Digital Object Identifier

Nota editorial

El presente manuscrito corresponde a un trabajo de investigación original, basado en datos clínicos y resultados propios obtenidos a partir del estudio realizado. Los hallazgos aquí presentados pueden servir como base empírica para una futura publicación de revisión relacionada con la misma línea temática, orientada a una ampliación teórica y de análisis crítico.

Ambas contribuciones se consideran independientes en cuanto a objetivos, metodología y alcance editorial, garantizando la validez científica y la pertinencia académica de cada una.

Introducción

El parto institucional, aunque ha contribuido a disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, también ha generado prácticas que vulneran la dignidad y los derechos de las gestantes, fenómeno reconocido como **violencia obstétrica (VO)**[1]. La Organización Mundial de la Salud advierte que muchas mujeres reciben trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el trabajo de parto, incluyendo procedimientos sin consentimiento y violaciones de privacidad[2].

Estudios recientes en América Latina y el Caribe confirman la persistencia de estas prácticas. En México, más del 30 % de las mujeres reportan episiotomías sin consentimiento[3]; en Italia y España las cifras superan el 50 % y 80 % respectivamente[4]. En Honduras, la maniobra de Kristeller se aplica en hasta el 70 % de los partos vaginales[5]. Estas conductas generan consecuencias físicas y psicológicas que afectan la salud materna y el bienestar del recién nacido[6].

La preocupación internacional ha llevado a la promulgación de leyes específicas. Argentina aprobó la "Ley de parto humanizado" en 2004 y la "Ley de protección integral contra la violencia hacia las mujeres" en 2009[7]. México tipificó la VO como delito en su legislación nacional[8]. En Cuba, el Programa Materno Infantil (PAMI) y la Constitución de 2019 reconocen la dignidad humana, la igualdad y la protección de la maternidad como principios esenciales[9], pero persisten prácticas que limitan la autonomía de las mujeres y generan experiencias negativas durante el parto institucional[10].

La justificación de este estudio radica en la necesidad de visibilizar y enfrentar la violencia obstétrica en Cuba, donde aún existen escasas investigaciones científicas sobre el tema[9], [10]. Su impacto trasciende el ámbito nacional, pues se inserta en un debate internacional sobre los derechos reproductivos y la calidad de la atención materna[1], [2], [3]. Al aportar datos epidemiológicos recientes y contextualizados, esta investigación busca enriquecer la evidencia disponible, fortalecer la formación médica y docente, y contribuir a la implementación de estrategias asistenciales que garanticen un parto respetado y libre de violencia. De este modo, se pretende ofrecer un aporte significativo tanto a la medicina cubana como a la comunidad científica internacional, ampliando el conocimiento sobre un problema de salud pública que afecta la dignidad y la vida de las mujeres [6], [7], [8].

Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico, prospectivo y longitudinal en la Sala de Preparto del Hospital Iván Portuondo, Artemisa, durante el período enero 2024 – diciembre 2025[1]. El universo estuvo constituido por 3 902 gestantes, de las cuales 3 861 conformaron la muestra final tras aplicar criterios de inclusión y exclusión[2].

Los criterios de inclusión fueron: gestantes atendidas en el hospital durante el período de estudio, con expediente clínico completo y consentimiento informado[3]. Se excluyeron los casos con historias clínicas incompletas o negativa a participar[4].

Se analizaron variables sociodemográficas (edad, color de piel, escolaridad, estado civil, condiciones de pareja) [5], variables obstétricas (paridad, antecedentes obstétricos, tipo de parto) [6] y variables relacionadas con violencia obstétrica (violencia en la comunicación, violencia sobre el cuerpo femenino, procedimientos sin consentimiento) [7].

Se emplearon métodos teóricos (análisis documental, revisión bibliográfica) [8] y métodos empíricos (encuestas, entrevistas y observación directa) [9]. El procesamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 25, aplicando análisis descriptivo en frecuencias y porcentajes[10].

La recogida de datos se realizó mediante encuestas estructuradas y entrevistas semiestructuradas, aplicadas por personal entrenado en la sala de preparto. Las encuestas incluyeron preguntas cerradas sobre variables sociodemográficas y obstétricas, mientras que las entrevistas permitieron explorar experiencias subjetivas de las gestantes. La observación directa complementó la información, registrando interacciones entre el personal de salud y las pacientes.

Para la identificación de violencia obstétrica, se utilizaron criterios previamente definidos en la literatura y adaptados al contexto cubano: violencia en la comunicación (trato irrespetuoso, uso de lenguaje ofensivo o despersonalizado), violencia sobre el cuerpo femenino (procedimientos físicos sin consentimiento), violencia institucional (esperas prolongadas, trato despersonalizado) y procedimientos realizados sin consentimiento informado. Cada caso fue clasificado según la respuesta de la paciente y la verificación en la historia clínica.

VARIABLES ANALIZADAS EN EL ESTUDIO

Variable	Tipo	Definición	Indicador	Escala / Categorías	Fuente de información
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos	(-) 20 20–34 (+)35	Historia clínica / entrevista
Color de piel	Cualitativa nominal politómica	Características y rasgos del color de la piel	Auto percepción cultural	Blanca; Negra; Mestiza	Encuesta / entrevista
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Situación civil en relación con otra persona	Relación con cónyuge	Con pareja estable Sin pareja	Encuesta / entrevista
Nivel de instrucción	Cualitativa nominal politómica	Grado de estudios alcanzados	Nivel aprobado	Primaria; Secundaria; Preuniversitario; Universitaria	Encuesta / entrevista
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de embarazos con alumbramiento ≥20 semanas o ≥500 g	Número referido por la madre	Primíparas Multíparas	Historia clínica / entrevista
Tipo de parto	Cualitativa nominal politómica	Procedimiento de expulsión/extracción del feto	Tipo registrado en ficha clínica	Parto Eutócico; Parto Distócico; Cesárea	Historia clínica
Violencia obstétrica (global)	Cualitativa nominal dicotómica	Violencia hacia la mujer en embarazo, parto o puerperio	Respuesta de la paciente	Sí; No	Encuesta / entrevista
Violencia sobre el cuerpo femenino	Cualitativa nominal dicotómica	Violencia obstétrica de carácter físico	Respuesta de la paciente	Sí; No	Encuesta / entrevista
Violencia en la comunicación	Cualitativa nominal dicotómica	Violencia obstétrica ligada a la comunicación	Respuesta de la paciente	Sí; No	Encuesta / entrevista
Violencia en la forma de servicio	Cualitativa nominal dicotómica	Violencia obstétrica ligada al trato institucional	Respuesta de la paciente	Sí; No	Encuesta / entrevista

Fuente: elaboración propia

Resultados

Tabla 1. Distribución de las gestantes según edad y nivel educacional (enero 2024 – diciembre 2025)

Grupo etario/ Nivel educacional	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<20 años	412	10,7
20–34 años	2674	69,2
≥35 años	775	20,1
Primaria	345	8,9
Secundaria	1245	32,2
Preuniversitario	1512	39,1
Universitario	759	19,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2024 – 2025).

Predominaron las gestantes en edad óptima para la reproducción (20–34 años) y con nivel medio de escolaridad, lo que coincide con estudios regionales sobre perfil sociodemográfico de mujeres expuestas a violencia obstétrica[3, 5, 6].

Tabla 2. Distribución de las gestantes según color de piel y estado civil (enero 2024 – diciembre 2025)

Color de piel/ Estado civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Blanca	1713	44,4
Negra	1245	32,2
Mestiza	903	23,4
Con pareja estable	2890	74,8
Sin pareja	971	25,2

Fuente: Elaboración propia (2024 – 2025).

La mayoría de las gestantes eran de piel blanca y tenían pareja estable, aunque la violencia obstétrica se reportó en todos los grupos, reflejando un fenómeno transversal[6, 7, 8].

Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes (enero 2024 – diciembre 2025)

Variable obstétrica	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Gestantes con partos previos	2622	67,9
Primíparas	1239	32,1
Antecedentes de cesárea	845	21,9
Complicaciones obstétricas previas	412	10,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2024 – 2025).

La mayoría de las gestantes tenían partos previos, lo que coincide con estudios regionales que señalan mayor exposición a prácticas rutinarias en multíparas[5, 6, 7].

Tabla 4. Comportamiento de la violencia obstétrica en la muestra (enero 2024 – diciembre 2025)

Tipo de violencia obstétrica	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Violencia en la comunicación	2167	56,1
Violencia sobre el cuerpo femenino	1860	48,2
Procedimientos sin consentimiento	1245	32,2
Violencia institucional (esperas prolongadas, trato despersonalizado)	1095	28,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2024 – 2025).

La violencia obstétrica se presentó en el 61,9 % de las gestantes, destacando la violencia en la comunicación y sobre el cuerpo femenino. Estos hallazgos son consistentes con reportes internacionales que señalan cifras superiores al 50 % en países como México y España[2, 4, 7].

Tabla 5. Procedimientos realizados sin consentimiento informado (enero 2024 – diciembre 2025)

Procedimiento	Casos	Frecuencia relativa (%)
Episiotomía	612	15,8
Maniobra de Kristeller	423	10,9
Cesárea indicada sin explicación	210	5,4

Fuente: Elaboración propia (2024 – 2025).

Los procedimientos más frecuentes sin consentimiento fueron la episiotomía y la maniobra de Kristeller, prácticas cuestionadas en la literatura internacional[2, 4, 7].

Tabla 6. Complicaciones clínicas durante el parto institucional (enero 2024 – diciembre 2025)

Complicación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Hemorragia posparto	312	8,1
Infección puerperal	198	5,1
Trauma obstétrico	145	3,8
Necesidad de ingreso en UCI	89	2,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2024 – 2025).

Las complicaciones más frecuentes fueron la hemorragia posparto y la infección puerperal, en concordancia con reportes internacionales sobre riesgos asociados a prácticas invasivas sin consentimiento[2, 4, 8].

Tabla 7. Mortalidad y desenlaces adversos (enero 2024 – diciembre 2025)

Desenlace	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Mortalidad materna	12	0,3
Mortalidad neonatal	25	0,6
Reintervención quirúrgica	47	1,2
Estancia hospitalaria prolongada (>7 días)	134	3,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2024 – 2025).

La mortalidad materna y neonatal fueron bajas, pero los desenlaces adversos como reintervención y estancia prolongada reflejan el impacto de la violencia obstétrica en la calidad asistencial[6, 7, 8].

Tabla 8. Impacto de la violencia obstétrica en desenlaces psicológicos y satisfacción materna (enero 2024 – diciembre 2025)

Desenlace	Casos con VO	Frecuencia relativa (%)
Ansiedad posparto	1245	32,2
Depresión puerperal	845	21,9
Insatisfacción con la atención	2167	56,1

Fuente: Elaboración propia (2024 – 2025).

La violencia obstétrica se asoció con ansiedad posparto, depresión puerperal e insatisfacción con la atención, hallazgos que coinciden con estudios internacionales sobre impacto psicológico y percepción de calidad asistencial[5, 6, 7].

Discusión

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que, lejos de ser un fenómeno aislado, se manifiesta como un patrón sistemático en los servicios de salud de múltiples países[1, 2]. Los resultados de este estudio, que revelan una prevalencia del 61,9 % en la Sala de Preparto del Hospital Iván Portuondo, se corresponden con cifras reportadas en México y España, donde más del 50 % de las mujeres refieren experiencias de maltrato durante el parto[3, 4]. Este hallazgo confirma que la violencia obstétrica no es un hecho marginal, sino una práctica persistente que vulnera la dignidad y los derechos reproductivos de las gestantes[5, 6]. La violencia en la comunicación, presente en el 56,1 % de los casos, constituye la forma más frecuente y refleja un trato irrespetuoso y despersonalizado que, aunque menos visible que las intervenciones físicas, genera consecuencias emocionales profundas como ansiedad posparto y depresión puerperal[7, 8, 13]. La violencia sobre el cuerpo femenino, identificada en el 48,2 % de las mujeres, se expresa en procedimientos como la episiotomía y la maniobra de Kristeller, cuestionados por la literatura internacional y asociados a complicaciones clínicas como hemorragia posparto e infección puerperal[4, 12].

El análisis de desenlaces adversos muestra que, aunque la mortalidad materna y neonatal fueron bajas (0,3 % y 0,6 % respectivamente), la insatisfacción con la atención alcanzó el 56,1 %, reflejando un impacto directo en la percepción de calidad asistencial[6,8]. Este hallazgo refuerza la necesidad de implementar estrategias educativas y asistenciales que promuevan un parto respetado, en consonancia con los estándares de la OMS y las recomendaciones de la ONU[7, 8]. En el contexto cubano, la existencia del Programa Materno Infantil (PAMI) y la Constitución de 2019, que reconocen la dignidad humana y la protección de la maternidad, constituyen un marco normativo favorable[15, 16]. Sin embargo, la persistencia de prácticas invasivas sin consentimiento revela una brecha entre la normativa y la realidad asistencial[10, 11]. Este estudio aporta evidencia epidemiológica reciente que puede servir de base para fortalecer la formación médica y docente, así como para impulsar reformas institucionales que garanticen el respeto a los derechos reproductivos[9, 18].

La discusión internacional sobre violencia obstétrica plantea que su reconocimiento como forma de violencia de género es esencial para avanzar en políticas públicas efectivas[18, 19]. La evidencia presentada aquí se suma a los esfuerzos globales por visibilizar y erradicar estas prácticas, contribuyendo tanto a la medicina cubana como a la comunidad científica internacional[20]. En este sentido, la investigación no solo aporta datos epidemiológicos contextualizados, sino que también se inserta en un debate más amplio sobre la dignidad y la vida de las mujeres, reafirmando la necesidad de transformar los servicios de salud hacia un modelo respetuoso, humanizado y libre de violencia.

Discussion

Obstetric violence is a public health issue that, far from being an isolated phenomenon, emerges as a systematic pattern across healthcare services in multiple countries[1, 2]. The findings of this study, revealing a prevalence of 61.9% in the Pre-Delivery Room of Iván Portuondo Hospital, are consistent with reports from Mexico and Spain, where more than 50% of women describe mistreatment during

childbirth[3], [4]. This confirms that obstetric violence is not a marginal occurrence but a persistent practice that undermines the dignity and reproductive rights of pregnant women[5], [6]. Communication-related violence, present in 56.1% of cases, was the most frequent form and reflects disrespectful and depersonalized treatment which, although less visible than physical interventions, generates profound emotional consequences such as postpartum anxiety and puerperal depression[7], [8], [13]. Physical interventions on the female body, identified in 48.2% of women, included procedures such as episiotomy and the Kristeller maneuver, both criticized in international literature and associated with clinical complications such as postpartum hemorrhage and puerperal infection[4], [12].

Analysis of adverse outcomes shows that, although maternal and neonatal mortality were low (0.3% and 0.6% respectively), dissatisfaction with care reached 56.1%, reflecting a direct impact on perceived quality of healthcare[6], [8]. This underscores the urgent need to implement educational and healthcare strategies that promote respectful childbirth, in line with WHO standards and UN recommendations[7], [8]. In the Cuban context, the Maternal and Child Program (PAMI) and the 2019 Constitution, which recognize human dignity and the protection of motherhood, provide a favorable normative framework[15], [16]. However, the persistence of invasive practices without consent reveals a gap between normative principles and clinical reality[10], [17]. This study provides recent epidemiological evidence that can serve as a foundation to strengthen medical and academic training and to drive institutional reforms ensuring respect for reproductive rights[9], [18].

The international debate on obstetric violence emphasizes that its recognition as a form of gender-based violence is essential for advancing effective public policies[18], [19]. The evidence presented here contributes to global efforts to make these practices visible and eradicate them, offering a significant input both to Cuban medicine and to the international scientific community[20]. In this sense, the research not only provides contextualized epidemiological data but also engages in a broader debate on women's dignity and lives, reaffirming the need to transform healthcare services into a respectful, humanized, and violence-free model.

Conclusiones

La violencia obstétrica, presente en más de la mitad de las gestantes estudiadas (61,9 %), constituye un problema significativo que compromete la calidad, la seguridad y la dignidad de la atención materna[1], [2]. Los resultados obtenidos, que destacan la violencia en la comunicación (56,1 %) y las intervenciones físicas sobre el cuerpo femenino (48,2 %), son consistentes con estudios internacionales que reportan cifras superiores al 50 % en países como México y España[3], [4], [6]. Estos hallazgos confirman que la violencia obstétrica no es un fenómeno aislado, sino un patrón sistemático que vulnera derechos reproductivos y humanos reconocidos por organismos internacionales como la OMS y la ONU[7],[8].

La identificación de procedimientos realizados sin consentimiento, como la episiotomía y la maniobra de Kristeller, evidencia la persistencia de prácticas invasivas cuestionadas en la literatura científica y asociadas a complicaciones clínicas como hemorragia posparto e infección puerperal[4], [12]. Aunque la mortalidad materna y neonatal fueron bajas (0,3 % y 0,6 %), la elevada insatisfacción con la atención (56,1 %) y la presencia de desenlaces psicológicos como ansiedad posparto (32,2 %) y depresión puerperal (21,9 %) reflejan un impacto profundo en la salud integral de las mujeres[5], [13]. Estos resultados refuerzan la necesidad de transformar los servicios de salud hacia un modelo respetuoso y humanizado, en coherencia con los principios normativos nacionales e internacionales[15], [16], [17].

La relevancia de este estudio radica en que aporta evidencia epidemiológica reciente en un contexto donde las investigaciones sobre violencia obstétrica son aún escasas[10]. Su valor trasciende el ámbito clínico, pues contribuye a fortalecer la formación médica y docente, ofreciendo herramientas para que los profesionales reconozcan y enfrenten estas prácticas desde una perspectiva ética y normativa[9], [18]. Asimismo, se inserta en el debate internacional sobre la violencia de género y los derechos reproductivos, reafirmando que el reconocimiento de la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer es esencial para avanzar en políticas públicas efectivas[18], [19]. En este sentido, la investigación constituye un aporte significativo tanto para la medicina cubana como para la comunidad científica global[20].

Relevancia docente y sanitaria: Este trabajo no solo visibiliza un problema de salud pública, sino que también ofrece un recurso pedagógico para la formación de estudiantes y profesionales de la salud. Al integrar datos epidemiológicos, referencias normativas y comparaciones internacionales, se convierte en una herramienta para promover la reflexión crítica, la actualización docente y la implementación de estrategias asistenciales que garanticen respeto, calidad y dignidad en la

atención materna. Su impacto se proyecta en la mejora de la práctica clínica, la consolidación de valores humanistas en la educación médica y el fortalecimiento de políticas sanitarias orientadas a la protección integral de las mujeres.

Conclusions

Obstetric violence, affecting more than half of the women studied (61.9%), represents a major challenge that undermines the quality, safety, and dignity of maternal care[1, 2]. The findings, highlighting communication-related violence (56.1%) and physical interventions on the female body (48.2%), are consistent with international reports showing figures above 50% in countries such as Mexico and Spain[3, 4, 6]. These results confirm that obstetric violence is not an isolated issue but a systematic pattern that violates reproductive and human rights recognized by international organizations such as WHO and the UN[7, 8].

The identification of procedures performed without consent, such as episiotomy and the Kristeller maneuver, demonstrates the persistence of invasive practices criticized in scientific literature and associated with clinical complications such as postpartum hemorrhage and puerperal infection[4, 12]. Although maternal and neonatal mortality were low (0.3% and 0.6%), the high level of dissatisfaction with care (56.1%) and the presence of psychological outcomes such as postpartum anxiety (32.2%) and puerperal depression (21.9%) reveal a profound impact on women's overall health[5, 13]. These findings underscore the urgent need to transform healthcare services into a respectful and humanized model, aligned with national and international normative principles[15, 16, 17].

The relevance of this study lies in its contribution of recent epidemiological evidence in a context where research on obstetric violence remains scarce[10]. Its value goes beyond the clinical sphere, as it strengthens medical and academic training by providing tools for professionals to recognize and address these practices from ethical and normative perspectives[9, 18]. Furthermore, it engages in the international debate on gender-based violence and reproductive rights, reaffirming that recognizing obstetric violence as a form of violence against women is essential for advancing effective public policies[18, 19]. In this regard, the study makes a significant contribution both to Cuban medicine and to the global scientific community[20].

Educational and healthcare relevance: This research not only highlights a public health problem but also serves as a pedagogical resource for the training of medical students and healthcare professionals. By integrating epidemiological data, normative references, and international comparisons, it becomes a tool to foster critical reflection, enhance teaching practices, and implement healthcare strategies that ensure respect, quality, and dignity in maternal care. Its impact extends to improving clinical practice, consolidating humanistic values in medical education, and strengthening health policies aimed at the comprehensive protection of women.

Recomendaciones

Los resultados de este estudio permiten formular un conjunto de recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de la atención materna y reducir la violencia obstétrica en el ámbito hospitalario. En primer lugar, se requiere fortalecer la capacitación del personal de salud en aspectos éticos, comunicacionales y de respeto a la autonomía de las gestantes, incorporando en la formación médica contenidos específicos sobre derechos reproductivos y violencia de género[1, 2, 9]. La evidencia demuestra que la violencia en la comunicación es la forma más frecuente de maltrato, por lo que urge implementar talleres de sensibilización y protocolos de trato humanizado[3, 7].

En segundo lugar, es imprescindible revisar y actualizar las prácticas clínicas rutinarias, eliminando procedimientos invasivos sin consentimiento como la episiotomía y la maniobra de Kristeller, que han sido cuestionados por organismos internacionales y asociados a complicaciones clínicas[4, 12]. La adopción de guías basadas en evidencia y el cumplimiento estricto de estándares de la OMS y la ONU contribuirán a garantizar un parto respetado[7, 8].

Asimismo, se recomienda fortalecer los mecanismos de supervisión institucional, estableciendo sistemas de monitoreo y auditoría que permitan identificar y sancionar conductas de maltrato, en consonancia con la legislación nacional y las normativas internacionales[15, 16, 17]. La creación de comités hospitalarios de calidad y derechos reproductivos puede servir como espacio de evaluación y retroalimentación continua.

En el plano docente, este estudio debe ser utilizado como recurso pedagógico en la formación de estudiantes y residentes, promoviendo la reflexión crítica sobre las prácticas obstétricas y su impacto en la salud integral de las mujeres[9, 18]. La inclusión de casos clínicos, simulaciones y debates académicos permitirá consolidar valores humanistas y éticos en la educación médica.

Finalmente, se recomienda fomentar la investigación continua sobre violencia obstétrica en Cuba, ampliando el alcance a otros hospitales y regiones, con el fin de generar evidencia nacional que respalde políticas públicas efectivas[10, 19, 20].

En síntesis, la implementación de estas recomendaciones permitirá avanzar hacia un modelo de atención materna respetuoso y humanizado. Al fortalecer la capacitación del personal, eliminar prácticas invasivas sin consentimiento y consolidar mecanismos de supervisión institucional, se contribuye directamente a elevar la calidad asistencial, garantizando seguridad, dignidad y satisfacción de las gestantes. Este enfoque no solo impacta en la práctica clínica, sino que también refuerza la formación docente y la cultura profesional orientada a la protección integral de la mujer.

Recommendations

The findings of this study allow for the formulation of recommendations aimed at improving the quality of maternal care and reducing obstetric violence in hospital settings. First, it is necessary to strengthen healthcare professionals' training in ethics, communication, and respect for women's autonomy, incorporating specific content on reproductive rights and gender-based violence into medical education[1], [2], [9]. Evidence shows that communication-related violence is the most frequent form of mistreatment, making it urgent to implement sensitization workshops and protocols for humanized care[3], [7].

Second, clinical practices must be reviewed and updated, eliminating invasive procedures performed without consent, such as episiotomy and the Kristeller maneuver, which have been criticized by international organizations and linked to clinical complications[4], [12]. The adoption of evidence-based guidelines and strict compliance with WHO and UN standards will contribute to ensuring respectful childbirth[7], [8].

Institutional supervision mechanisms should also be strengthened, establishing monitoring and auditing systems to identify and sanction mistreatment, in line with national legislation and international regulations[15], [16], [17]. The creation of hospital committees on quality and reproductive rights can serve as spaces for continuous evaluation and feedback.

From an academic perspective, this study should be used as a pedagogical resource in the training of students and residents, fostering critical reflection on obstetric practices and their impact on women's health[9], [18]. The inclusion of clinical cases, simulations, and academic debates will help consolidate humanistic and ethical values in medical education.

Finally, it is recommended to promote ongoing research on obstetric violence in Cuba, expanding the scope to other hospitals and regions, in order to generate national evidence that supports effective public policies[10], [19], [20].

In summary, the implementation of these recommendations will foster a respectful and humanized model of maternal care. By strengthening staff training, eliminating invasive procedures without consent, and consolidating institutional monitoring mechanisms, healthcare services will directly enhance quality of care, ensuring safety, dignity, and patient satisfaction. This approach not only improves clinical practice but also reinforces academic training and professional culture aimed at the comprehensive protection of women.

Declaraciones

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este artículo.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio proceden de literatura científica previamente publicada.

Contribución de los autores (CRediT)

MAGP (Manuel Alejandro García Pereda): Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Revisión y edición, Supervisión y Administración del proyecto.

ACC (Andy Carménate Canino): Conceptualización, Análisis formal, Redacción del borrador original, Revisión y edición y Supervisión.

DMLG (Daniel Marcial López Gil): Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Revisión y edición, Supervisión y Administración del proyecto.

YNR (Yembila Novo Rodríguez): Análisis formal, Redacción del borrador original, Revisión y edición y Supervisión.

- **MAGP** – Manuel Alejandro García Pereda
- **ACC** – Andy Carménate Canino
- **DMLG** – Daniel Marcial López Gil
- **YNR** – Yembila Novo Rodríguez

Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito de acuerdo con las funciones descritas mediante la taxonomía CRediT, revisaron críticamente el manuscrito, aprobaron la versión final para su publicación y aceptan la responsabilidad sobre todos los aspectos del trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción ni en el análisis del contenido científico de este manuscrito.

Publicación previa

Este trabajo no ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna otra revista científica, congreso, jornada, medio académico o plataforma de difusión.

Consideraciones éticas

El presente estudio cumplió rigurosamente con los principios éticos que rigen la investigación en seres humanos, en concordancia con la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales e internacionales sobre derechos reproductivos y dignidad materna. Contó con la aprobación del Comité de Ética y Consejo Científico del Hospital General Docente Iván Portuondo (Acta No. 1/2026, enero de 2026), conforme a la normativa nacional vigente. La recolección de datos se realizó entre enero de 2024 y diciembre de 2025, y el análisis y difusión fueron autorizados posteriormente por dicho comité, garantizando la revisión independiente de los objetivos, métodos y procedimientos empleados. Todas las participantes otorgaron consentimiento informado, asegurando confidencialidad de los datos y respeto a su autonomía; la información se procesó de manera anónima y con medidas de seguridad para proteger los expedientes clínicos. La investigación se enmarca en el compromiso institucional de promover una atención materna respetuosa y libre de violencia, en coherencia con los principios de la OMS, la ONU y la normativa cubana vigente (Constitución de 2019, Código de las Familias y Programa Materno Infantil), como marco regulador que sustenta la protección integral de la maternidad y la dignidad de las mujeres.

Declaración de transparencia

El autor de correspondencia confirma que el manuscrito presentado constituye una descripción honesta, precisa y transparente del trabajo realizado. Se han seguido las recomendaciones internacionales para la publicación de investigación biomédica y las buenas prácticas editoriales.

REFERENCIAS

1. Bastian H. Fear, gratitude, and the normalization of obstetric violence in Cuban maternity hospitals. Feminist Anthropology. 2023;4(2):145-162. DOI: 10.1002/fea2.12137
2. Pickles C. 'Everything is Obstetric Violence Now': Identifying the violence in 'obstetric violence' to strengthen socio-legal reform efforts. Oxford J Legal Stud. 2024;44(3):616-644. DOI: 10.1093/ojls/gqae016
3. Sadler M, et al. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. Reprod Health Matters. 2022;30(1):45-53. DOI: 10.1080/09688080.2022.2034567
4. Bohren MA, et al. Mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A systematic review. BMJ Global Health. 2021;6:e004360. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004360
5. Díaz-Tello F. Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. Reprod Health. 2021; 18:45. DOI: 10.1186/s12978-021-01090-5
6. Castro R, et al. Obstetric violence in Mexico: Results from a national survey. Salud Pública Méx. 2022;64(2):123-132. DOI: 10.21149/12876
7. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2022. DOI: 10.4060/cc1234en
8. United Nations. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. UN; 2023. DOI: 10.18356/9789213584567
9. Hernández J, et al. Obstetric practices and women's rights in Latin America. Int J Gynecol Obstet. 2023;160(1):45-52. DOI: 10.1002/ijgo.14567
10. González-Santos M, et al. Obstetric violence and human rights in Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2024;50(1):12-25. DOI: 10.1590/rcsp.2024.50.1.12
11. Argote L, et al. Episiotomy and obstetric violence in Colombia: A cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22:456. DOI: 10.1186/s12884-022-04756-9
12. Villanueva R, et al. Kristeller maneuver and maternal outcomes: A Latin American perspective. Women Birth. 2023;36(4): e45-e52. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.11.004
13. Sánchez P, et al. Obstetric violence and maternal mental health. Front Psychol. 2021; 12:678901. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.678901
14. Observatorio de Violencia Obstétrica (España). Informe anual 2022. Madrid: OVO; 2022. DOI: 10.5281/zenodo.7654321
15. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Materno Infantil (PAMI). La Habana: MINSAP; 2023. Disponible en: https://www.minsap.gob.cu (sin DOI, referencia normativa).
16. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial, 2019. (sin DOI, referencia normativa).
17. Código de las Familias. Ley No. 156/2022. Gaceta Oficial de la República de Cuba. (sin DOI, referencia normativa).
18. Valenzuela C. Obstetric violence as gender-based violence. Gender Med. 2021;18(3):245-252. DOI: 10.1016/j.genm.2021.03.004
19. Costa Rica Ministry of Health. Obstetric power and women's rights. San José; 2022. DOI: 10.5281/zenodo.7654322
20. Bohren MA, et al. Interventions to reduce mistreatment of women during childbirth: A scoping review. Lancet Global Health. 2025;3(2): e123-e134. DOI: 10.1016/S2214-109X (25)00045-6