

ESTRATEGIA DEL PARTO Y NACIMIENTO HUMANIZADO EN LA PROMOCIÓN DE LA MATERNIDAD SEGURA EN PAISES DE LA ALIANZA BOLIVARIANA EN AMÉRICA, 2017.

BIRTH AND HUMANIZED BIRTH STRATEGY IN THE PROMOTION OF SAFE MOTHERHOOD IN COUNTRIES OF THE BOLIVARIAN ALLIANCE IN AMERICA, 2017.

Eduardo E. Ortunio Carrizalez¹, Terezinha Khan²

ABSTRACT

Maternal and child deaths are a topic of great interest in national and international public health and their indicators - Maternal Mortality Ratio and Infant Mortality Rate - are a reflection of the health policies implemented by governments. In order to contribute to the fulfillment of the 2030 Sustainable Development Agenda, the World Health Organization agreed to promote the Global Strategy for the Health of Women, Children and Adolescents, which establishes that none of these vulnerable sectors of society may be subject to a risk of death that is preventable. The objective of this documentary investigation was to analyze the strategy of humanized birth and birth in the promotion of safe motherhood in 3 member countries of the Bolivarian Alliance for the Peoples of Our America-Treaty of Commerce of the Peoples: Cuba, Ecuador and Venezuela. A bibliographic review of official documents, technical reports and research articles was made, where international health determinants were analyzed. It was concluded that Ecuador and Venezuela, in relation to Cuba, have made progress in developing a broad regulatory framework and policies on sexual and reproductive health, gender equity and humanized childbirth. However, a patriarchal and biomedical perspective in relation to pregnancy and childbirth continues to prevail in all three countries. The organization must promote cooperation agreements within the framework of the New South-South Regionalism and Health Sovereignty, which promotes humanized birth and birth as a human right and ethical-political challenge in the defense of reproductive rights, to contribute to improve the maternal and child health of their peoples

KEY WORDS: humanized birth, safe motherhood, international health, regional integration.

RESUMEN

Las muertes maternas e infantiles son tema de gran interés en la salud pública nacional e internacional y sus indicadores -Razón de Mortalidad Materna y Tasa de Mortalidad Infantil -son un reflejo de las políticas de salud implementadas por los gobiernos. Para contribuir con el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, la Organización Mundial de la Salud acordó impulsar La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el Adolescente que establece que ninguno de estos sectores vulnerables de la sociedad, pueden estar sometidos a un riesgo de muerte que sea prevenible. Se planteó como objetivo de esta investigación documental, analizar la estrategia del parto y nacimiento humanizado en la promoción de una maternidad segura en 3 países miembros de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América-Tratado de Comercio de los Pueblos: Cuba, Ecuador y Venezuela. Se hizo una revisión bibliográfica de documentos oficiales, informes técnicos y artículos de investigación, donde se analizaron los determinantes internacionales de salud. Se concluyó que Ecuador y Venezuela, en relación a Cuba, han avanzado en la elaboración de un amplio marco normativo y políticas sobre salud sexual y reproductiva, equidad de género y parto humanizado. Sin embargo, en los tres países sigue prevaleciendo una mirada patriarcal y biomédica en relación al embarazo y al parto. La organización debe impulsar acuerdos de cooperación en el marco del Nuevo Regionalismo Sur-Sur y la Soberanía Sanitaria, que promueva el parto y nacimiento humanizado como derecho humano y reto ético-político en la defensa de los derechos reproductivos, para contribuir a mejorar la salud materna e infantil de sus pueblos.

PALABRAS CLAVE: parto humanizado, maternidad segura, salud internacional, integración regional.

INTRODUCCIÓN

Las muertes maternas e infantiles siempre han sido temas de interés en la salud pública internacional, se ha reconocido que sus indicadores Razón de Mortalidad Materna (RMM) y Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) son un reflejo de las políticas de salud implementadas por los gobiernos. En las muertes maternas influyen diversos determinantes sociales de la salud (como la pobreza y el género) y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos, como expresión de

Recibido: 14 Agosto, 2019

Aprobado: 05 Noviembre, 2019

¹Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ²Instituto Nacional de Higiene "Dr. Rafael Rangel". Caracas, Venezuela.

Correspondencia: eeortunio@gmail.com

importantes inequidades en salud, tanto entre los países como al interior de ellos¹.

En septiembre del año 2000 en la Asamblea de las Naciones Unidas se acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales debían cumplirse en el periodo 2000-2015. Refiere el informe final de Naciones Unidas, que los ODM han salvado millones de vidas y mejorado las condiciones para muchos más y se reconoce que hubo logros desiguales y deficiencias en muchas áreas. En relación al ODM 5 el cual establecía "Mejorar la Salud Materna" con dos metas: reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva, como era de esperarse los resultados al terminar el periodo de cumplimiento fueron muy dispares entre los países, en promedio la RMM se redujo a nivel mundial casi a la mitad, en América Latina y el Caribe (ALC) fue del 40%. En relación al uso de métodos anticonceptivos, el incremento en el mundo fue de apenas 9 puntos porcentuales quedando con un 64 % de cobertura, mientras que en ALC sube 12 puntos con una cobertura de 73%².

Vale destacar que en el 2009, faltando solo 6 años para cumplirse el cierre del periodo estipulado para el cumplimiento de los ODM, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas expresó su grave preocupación por las altas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y adoptó por consenso la "Resolución Mortalidad y Morbilidad Materna Prevenibles y Derechos Humanos". Conscientes de que los problemas de la mortalidad y la morbilidad materna prevenibles son agravados por la pobreza, la desigualdad entre los géneros, la edad y múltiples formas de discriminación, así como la falta de acceso a servicios y tecnología de salud adecuados y falta de infraestructura, se les solicitó a los países hacer mayor hincapié en las iniciativas sobre la mortalidad y morbilidad materna en sus asociaciones para el desarrollo, que cumplan los compromisos pendientes y se planteen en lo posible contraer nuevos compromisos e intercambio de prácticas eficaces desde una perspectiva de derechos humanos³.

En el mes de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda para el Desarrollo Sostenible (2015-2030) denominada "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", en la cual se plantean 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas, estos ODS son más amplios, tienen mayores aspiraciones que los ODM y se exige que las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económica, social y ambiental) se aborden de manera integrada y se apliquen en las siguientes esferas de importancia crítica para la humanidad y el planeta: las

personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas⁴.

Para contribuir con el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible (ADS) hasta 2030, se acordó impulsar "La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el Adolescente (2016-2030)" que establece que ninguno de los sectores vulnerables de la sociedad correrá más riesgo de muerte prevenible, por vivir donde viva o ser quien es, a través del cumplimiento de tres grandes objetivos estratégicos: Sobrevivir, Prosperar y Transformar. En el Objetivo Estratégico "Sobrevivir" se aspira disminuir las muertes prevenibles, para las muertes maternas se estableció la meta de menos de 70 por 100.000 nacidos vivos y para la mortalidad neonatal una meta de menos de 12 por 1.000⁵.

Existe consenso mundial que la atención oportuna y de calidad del parto con la asistencia de personal de salud capacitado, ya sea un médico, una enfermera o una partera, constituye una estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad materna. No obstante, la proporción de nacimientos atendidos con asistencia de salud capacitada ha sido modesto en el curso de los plazos de los ODM, debido a la falta de acceso universal a la atención²; se ha establecido además, que la aplicación de esta estrategia de intervención a la totalidad de las mujeres y los recién nacidos, permitiría prevenir 113.000 defunciones maternas, 531.000 casos de mortinatalidad y 1,3 millones de muertes neonatales de aquí hasta 2020³. Sin embargo, con la asistencia tecnologicada del embarazo y la atención del parto, estos procesos dejaron de ser naturales para ser "medicalizados" y convertidos en procesos patológicos que requieren cada vez mayor intervención de la tecnología médica⁶, el telón de fondo de esta imposición patriarcal la denuncia Jaime Breilh cuando señala que la inequidad de género es una de las asimetrías más antiguas, más interiorizadas y más difíciles de modificar. Lo importante es reconocer que actualmente estas formas de subordinación (clase social, etnia y género) coexisten, conservando cada una sus condicionamientos y expresiones propias, pero con una clarísima complementariedad⁷.

A este respecto, en el documento titulado "Declaración de la OMS sobre Tasas de Cesárea", se expone que cada vez son más frecuentes las cesáreas tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, no habiéndose demostrado sus beneficios para las mujeres y sus recién nacidos en quienes este procedimiento no haya sido necesario; se recalca

asimismo, que la cesárea como cualquier intervención quirúrgica está asociada a riesgos que pueden afectar a la salud de la mujer, del neonato y embarazos futuros. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral, además el incremento en el uso de las cesáreas cuyo costo es mucho más elevado que el parto natural, constituye un gasto significativo y una pesada carga para los debilitados sistemas sanitarios de los países pobres⁸. La operación cesárea se ha convertido en la intervención quirúrgica más frecuente de la obstetricia en América Latina, sólo hace 60 años, su frecuencia en Latinoamérica no superaba 6%, mientras que en la década actual se llega a 32% en las instituciones públicas.

En Venezuela se estudió la incidencia y tendencia de la cesárea y la mortalidad perinatal durante 42 años, mostrando una línea de tendencia logarítmica global al ascenso sostenido. En dos investigaciones de metaanálisis se registró la práctica anual de 60.000 cesáreas innecesarias en América Latina, lo cual representa 425.000.000 dólares que se desperdician cada año, en un evento previsible y evitable⁹. Es muy frecuente que en la decisión de realizar la cesárea no cuentan las consecuencias, costos y riesgos para la salud de la embarazada, su bebé, familia y sociedad, tampoco son consideradas, las expectativas y necesidades de la gestante, lo que finalmente determina la decisión del médico son las rutinas, protocolos y los hábitos, incluso sin existir justificación clínica comprobada¹⁰.

En el Informe denominado "Venezuela Cumpliendo las Metas del Milenio" se expone que al analizar la tendencia de la mortalidad materna en el período 1990 a 2000, se observa un leve aumento de 60,0 a 60,1 por 100.000 nacidos vivos registrados. Desde entonces las cifras se mantienen relativamente constantes y elevadas, considerando las condiciones de atención sanitaria de la población materna como su causa principal. Además se señala que las cinco primeras causas de muerte, que corresponden a 88%, son en su mayoría prevenibles con un control prenatal adecuado y mejorando la calidad de la atención sanitaria del embarazo y el parto. En consecuencia, para revertir esta situación en los próximos años el Ministerio de Salud instaló desde el año 2000 el Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil y dispuso mejorar los tres niveles de atención sanitaria¹¹.

A pesar de los enormes esfuerzos de Venezuela para elevar las condiciones de vida de la población a través de las misiones y grandes misiones sociales y para ampliar su cobertura de atención en salud mediante la Misión Barrio Adentro, aún los resultados en materia

de salud materna son desalentadores. Desde 1990 hasta el 2009 se ha mantenido una RMM alta y estable alrededor de 60 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, entre los años 2010 y 2014 estos valores se han incrementado a 70 por 100.000 en 2014, (correspondiendo a 432 muertes maternas), 95 por 100.000 en el año 2015 y 139,53 por 100.000 en 2016 (756 muertes maternas) duplicando prácticamente los valores promedio históricos del último quinquenio, lo que ubica a Venezuela dentro de los países con RMM elevada dentro de la Región de las Américas¹². Venezuela tiene una de las tasas de fecundidad adolescente (101 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) más altas de la región y 23% de los nacimientos son de madres adolescentes, con mayor incidencia entre quienes viven en pobreza extrema (el doble que las que no son pobres), en zonas rurales (50% más que las urbanas) y las afrodescendientes e indígenas, con valores de 34% más altos que las de otros grupos étnicos¹³.

El embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de ALC, puesto que esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana, con una tasa de 66,5 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015, frente a una tasa mundial de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en ese grupo etario; la región ha experimentado la disminución más lenta de la fecundidad en este grupo, de todas las regiones del mundo, con una tendencia ascendente del mundo y es la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en adolescentes menores de 15 años. Es importante destacar que la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas, en el año 2012, fallecieron en la Región 1887 adolescentes¹⁴.

Debido a que la mayoría de los embarazos son de bajo riesgo, existe numerosa evidencia científica que establece que con el parto natural, hay menos riesgo de morbilidad materna comparado con las cesáreas, además del importante ahorro que significa para el sistema sanitario⁹. Ahora bien, los países de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América-Tratado de Comercio de los Pueblos (ALB-TCP) impulsan un modelo de desarrollo de inclusión social y defensa de los derechos humanos donde destacan los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; en esta perspectiva es coherente que implementen políticas públicas que promuevan el parto y nacimiento humanizado que contribuya con la disminución de la morbilidad materna a consecuencia de la práctica de cesáreas innecesarias; además, estas políticas generarían ahorros

para los sistemas sanitarios, que pudieran invertirse en programas de promoción y prevención de la salud maternoinfantil.

La ALBA-TCP es una plataforma de integración de los países de América Latina y el Caribe (Venezuela, Cuba, Bolivia, Nicaragua, Mancomunidad de Dominica, Antigua y Barbuda, Ecuador, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, San Cristóbal y Nieves y Granada) que pone énfasis en la solidaridad, la complementariedad, la justicia y la cooperación para alcanzar el desarrollo integral, donde no se albergan criterios mercantilistas ni intereses egoístas de ganancia empresarial o beneficio nacional en perjuicio de otros pueblos; es además, una alianza política, económica, y social en defensa de la independencia, la autodeterminación y la identidad de los pueblos que la integran¹⁵.

Para la ALBA-TCP constituye un reto ético-político contribuir a mejorar la salud materna de sus pueblos impulsando la estrategia del parto y nacimiento humanizado, teniendo como fortalezas y oportunidades, los modelos de desarrollo de sus países, sustentados en la equidad y la inclusión social, donde se reconoce a la salud como derecho y no como mercancía, así como las relaciones internacionales, comerciales y de transferencia tecnológica cultivadas en los principios de solidaridad, complementariedad, justicia y cooperación. Ahora bien, el impulso de esta política pública centrada en los derechos humanos de la mujer, está tensionada por fuerzas internacionales que pugnan por imponer sus modelos de desarrollo, comercio y tecnologías de corte neoliberal.

El abordaje teórico de esta investigación, se realizó empleando el Modelo Conceptual de Salud Internacional, como matriz de análisis de las fuerzas transversales que intervienen, a saber: modelos de desarrollo, relaciones internacionales, comercio exterior e innovación, ciencia y tecnología¹⁶. Se analizaron los determinantes internacionales de salud, como fuerzas que tensionan para favorecer o desfavorecer la implementación de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y la estrategia del parto y nacimiento humanizado para la promoción de una maternidad segura. Si bien, se abordaron los cuatro determinantes internacionales de salud, se hizo énfasis analítico en los modelos de desarrollo y en las relaciones internacionales.

Se analizaron en tres países de la ALBA-TCP: Ecuador, Cuba y Venezuela los avances o retrocesos de la salud materna desde la perspectiva de las determinantes internacionales en salud, así como las

fortalezas y oportunidades de cooperación que ofrece esta plataforma de integración subregional y los modelos de desarrollo de estos países para avanzar en el fortalecimiento de la estrategia del parto y nacimiento humanizado en la promoción de una maternidad segura, para así transitar juntos en el camino hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Se plantearon los siguientes objetivos:

Analizar la Estrategia del Parto y Nacimiento Humanizado en la Promoción de la Maternidad Segura en tres países miembros de la ALBA-TCP: Cuba, Ecuador y Venezuela; comparar el marco legal en materia de Salud Sexual y Reproductiva, las políticas para la implementación del parto y nacimiento humanizado e investigaciones relacionadas; analizar la influencia de los modelos de desarrollo, política exterior y las relaciones internacionales de estos países, en los avances para el cumplimiento del ODM 5: Mejorar la Salud Materna; verificar la existencia de acuerdos de cooperación en materia de Salud Materna de estos países y formular propuestas de acuerdos de cooperación, compromisos en el intercambio de prácticas eficaces y asistencia técnica en los tres países, basados en los principios que guían la ALBA-TCP, para la implementación del parto y nacimiento humanizado en el marco del cumplimiento de los ODS a través de La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el Adolescente (2016-2030).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación documental a partir de diversas referencias bibliográficas: constituciones, leyes, políticas, planes, programas y proyectos, acuerdos suscritos y/o cartas de intención, documentos de organizaciones internacionales (ONU, OMS, OPS, ALBA-TCP) y trabajos de investigación. Estas fuentes de información tuvieron los siguientes criterios de inclusión: vinculación con el tema de la mortalidad materna, morbilidad materna severa, parto y nacimiento humanizado y maternidad segura; que aborde aspectos conceptuales, legales, incidencia de los determinaciones sociales nacionales e internacionales, indicadores, implicaciones en las políticas públicas, experiencias y alternativas de solución.

Una vez revisada la documentación, se clasificó y sistematizó la información recabada para su análisis crítico por los investigadores, contando con la participación de los expertos y especialistas de la Comunidad de Práctica del Programa de Líderes de Salud Internacional 2017 de la OPS.

RESULTADOS

Desde el punto de vista legal:

Constitución de la República de Cuba: El artículo 1 de esta Carta Magna establece que Cuba es un Estado socialista de trabajadores, independiente y soberano, para el bien de todos, para el disfrute de la libertad política, la justicia social, el bienestar individual y colectivo y la solidaridad humana. En su Capítulo IV, Sección Familia, artículo 35 establece: El Estado protege a la familia, la maternidad y el matrimonio¹⁷.

Constitución de la República del Ecuador: El Estado Ecuatoriano es un Estado de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural; que garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental, vinculado al ejercicio de otros derechos, que sustentan el buen vivir (Art. 32). En el Capítulo tercero sobre los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección Cuarta: Mujeres Embarazadas artículo 43 establece la no discriminación de la mujer por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral, gratuidad de servicios de salud materna, protección prioritaria y cuidado de su salud integral durante el embarazo, parto y postparto y facilidades para su recuperación después del embarazo y durante la lactancia¹⁸.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela: El artículo 1 establece que la República Bolivariana de Venezuela es irrevocablemente libre e independiente, fundamentando su patrimonio moral y sus valores en la doctrina de Simón Bolívar El Libertador. El artículo 2 declara que Venezuela se constituye en un Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia. En el Capítulo V, de los derechos sociales y de la familia, el artículo 76 expone que la maternidad y paternidad son protegidas integralmente, el Estado será garante de la asistencia y protección integral a la maternidad desde la concepción, embarazo, parto y puerperio¹⁹.

Marco Normativo en materia de Salud Sexual y Reproductiva y políticas

Ecuador: En su Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021 se tiene el siguiente marco legal²⁰:

- Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017
- Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva, 2008
- Plan Nacional Acelerado de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal, 2008.

- Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2008

- Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales 2008

- Plan Multisectorial de VIH/Sida, 2015 - 2020

- Agenda Social al 2017

El marco conceptual de este Plan analiza los problemas de la salud sexual y reproductiva desde sus causas estructurales, determinantes sociales y siguiendo los lineamientos estratégicos del Modelo de Atención Integral en Salud-Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Este plantea entre sus objetivos disminuir las muertes maternas a través de la promoción de servicios de salud que garanticen cuidados obstétricos esenciales y atención del parto por personal calificado, potenciando la práctica de las parteras.

Cuba: En el año 1992 la Federación de Mujeres Cubanas propuso al Ministerio de Salud Pública, la implementación del Programa Nacional Maternidad y Paternidad Responsable, como parte de este programa, la mujer recibe información acerca de su embarazo y parto. En este proceso de aprendizaje deben participar, junto a la embarazada, los familiares más allegados, brindándole apoyo y estímulo. Todo lo cual posibilitará una experiencia placentera de la maternidad y la paternidad, que beneficia la relación madre, padre, hijo o hija, y repercute positivamente en el desarrollo psicomotor e intelectual del bebé^{21,22}.

En este programa intervienen otras entidades como el Centro Nacional de Educación Sexual y debe desarrollarse desde la atención primaria y se extiende a otros niveles de atención. La preparación incluye la información relativa a las principales características del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo en relación con el crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, higiene, nutricional y cuidado de la embarazada, cambios emocionales durante el embarazo, rol de padre y familiares, estimulación prenatal, preparación para la lactancia materna y los ejercicios de la preparación psicofísica para el parto. También se le brindan opciones a la madre que contribuyan a su comodidad y tranquilidad durante el trabajo de parto y con la participación del padre del bebé o familiar, así como los cuidados inmediatos del recién nacido, cuidados del puerperio, estimulación al desarrollo del bebé, métodos anticonceptivos y temas relacionados con la preparación

para la vida. La aplicación de las actividades dirigidas a desarrollar una maternidad y paternidad responsables permiten a la mujer y a su pareja estar conscientes de los procesos que están viviendo y que participen preparados, de forma protagónica y activa en los diferentes momentos de la maternidad, paternidad, crianza y educación de sus hijos e hijas^{21,22,23}.

Desde 1974 se dictó en Cuba la llamada Ley de Maternidad de la Trabajadora que, como su nombre indica, protege a la mujer trabajadora. Desde 1975, el Código de Familia estableció la responsabilidad compartida entre la madre y el padre en la crianza y educación de sus hijas e hijos. En la actualidad la protección a la maternidad de la madre trabajadora y el cuidado del menor se regula en el Decreto-Ley No. 234 del 13 de agosto de 2003 y su legislación complementaria, la Resolución No. 22 del 23 de octubre de 2003 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Según publicaciones nacionales esta ley ha sido muy revolucionaria, porque propicia la responsabilidad compartida de la madre y el padre en el cuidado y atención de los hijos y la del padre en caso de fallecimiento de la madre trabajadora²³.

Se recomienda reconocer al nacimiento como un proceso de parejas y familias articulado con factores socioculturales y, con esto, garantizar el acceso de los hombres a los espacios donde tiene lugar su atención, permitiendo acompañar a sus parejas desde el embarazo y hasta el puerperio. Esto significa el fomento institucional mediante legislaciones y políticas públicas orientadas a la construcción de una mejor maternidad/paternidad y una nueva masculinidad, con el estímulo para la presencia de los futuros padres en el proceso de atención de su pareja teniendo en cuenta el reconocimiento de sus necesidades afectivas y físicas y con una mayor protección legal a este en lo que pudiera acercarse a una licencia de paternidad con mayor libertad de elección y participación²³.

Venezuela: Dispone con una densa base de instrumentos legales y jurídicos que muestran avances en la construcción de una sociedad respetuosa de los derechos humanos, basada en la igualdad y la justicia social, que incluye una legislación favorable con medidas de acción afirmativa necesarias para superar las condiciones de desigualdad que han caracterizado a las poblaciones de mujeres. Se han impulsado el desarrollo de nuevas leyes y políticas a favor de las mujeres, a saber²⁴:

- Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)
- Ley Orgánica para la Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes, LOPNA (Reforma 2007)
- Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2007).
- Ley de Promoción y Protección a la Lactancia Materna (2007).
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).
- Ley para el Poder Popular de la Juventud (2009)
- Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, LOTTT (2012).
- Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009).
- Ley Orgánica contra la Discriminación Racial (2011).

Entre los Instrumentos de la política pública en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos se encuentran:

- Norma de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (NAISSR) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2003, Reedición 2013),
- Protocolos de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (2014),
- Plan para la Igualdad y Equidad de Género "Mama Rosa" (2013-2019) del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género.

Así como diversos programas y misiones sociales de atención especial, tales como:

- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Programa Nacional de Lactancia Materna del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Programa de Oncología relativo a la prevención en cáncer de mama y cérvico uterino.

- Programa de Salud Mental referido a violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.
- Misión Niños Jesús. Promueve condiciones favorables para que las mujeres embarazadas lleven a feliz término su gestación (2012).
- Misión Niños y Niñas del Barrio. Brinda protección integral a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y riesgo social (2012).
- Misión Madres del Barrio. Apoya a amas de casa y a sus familias para superar situaciones de pobreza extrema.
- Gran Misión Amor Mayor. Atiende adultos y adultas mayores que no tienen cotizaciones laborales formales, como trabajadores por cuenta propia y amas de casa.
- Gran Misión Hijos de Venezuela. Atiende familias venezolanas cuyo ingreso mensual sea inferior al salario mínimo (especial énfasis en jóvenes madres).
- Gran Misión Hogares de la Patria. Es la fusión de todas las misiones dirigidas a atender y sacar de la pobreza extrema a las familias venezolanas, fortaleciendo los mecanismos para la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales, desde la perspectiva del vivir bien.

En este marco legal de promoción y defensa de los derechos de la mujer, se suma un plan de enorme trascendencia como lo es el Plan Nacional del Parto Humanizado, el cual es una iniciativa del Presidente Nicolás Maduro quien lo oficializó a partir del 27 de junio de 2017, con un importante financiamiento para su ejecución. El Plan contempla en una primera fase la formación de 10 mil promotoras del Parto Humanizado, las cuales irán a sus comunidades a difundir la información sobre los derechos de la mujer y la familia, así como a acompañar y orientar a las gestantes en el conocimiento de su proceso de embarazo y de parto. La formación comprende tres módulos: el primero destinado al auto reconocimiento como mujeres y los derechos que han alcanzado como género; el segundo, sobre el proceso de la gestación, el nacimiento, el posparto, la lactancia materna y la crianza respetuosa; y el tercero, acerca de herramientas organizativas para construir los círculos de apoyo de mujeres y madres lactantes en las comunidades, y articular con las 598 Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) en todo el país, las cuales constituyen la forma de organización territorial de la Misión Barrio Adentro²⁵.

Es importante destacar, que las embarazadas tienen la posibilidad de registrarse en este plan a través de la página web del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género o a través del carnet de la patria, el cual es instrumento que por vía de un código QR, está implementando el gobierno nacional, en el marco de la política de gobierno electrónico, para mejorar la eficiencia de las misiones sociales y otros mecanismos de protección social como las pensiones. Recientemente, el gobierno nacional aprobó la asignación de un bono mensual al 100 % de las mujeres embarazadas registradas y otro bono especial al parir.

Análisis Comparativo de los Proyectos de Leyes del Parto Humanizado de Ecuador y Venezuela.

El proyecto de Ley de Ecuador se denomina Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto²⁶, la cual fué consignada ante la Asamblea Nacional para su discusión el 24 de agosto de 2016 y está conformada por 19 artículos. El proyecto de ley de Venezuela se denomina Proyecto de Ley para la Promoción y Protección del Derecho de la Mujer al Parto y al Nacimiento Humanizado²⁷ la cual fue aprobada por la Asamblea Nacional en primera discusión en el año 2015.

En el artículo 1, que corresponde al objeto, ambos proyectos coinciden en el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y procesos reproductivos y a la humanización de la gestación, parto y postparto. El proyecto ecuatoriano incorpora a las cesáreas dentro de la prestación de atención sanitaria esencial e integral y enfatiza el respeto a la práctica ancestral de la salud y el acompañamiento que la mujer elija, mientras que en el proyecto venezolano resalta las sanciones y erradicación de la violencia obstétrica, medicalización y mercantilización. En el artículo 3 del proyecto de Venezuela se establece el respeto y reconocimiento de las sabidurías ancestrales y populares, a la cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones de los pueblos originarios.

El ámbito de aplicación de la ley en Venezuela además del sistema público de salud incluye al sector privado, no así en la Ley ecuatoriana. Ahora bien, en la Ley de Ecuador se hace énfasis en las cesáreas cuando estas sean excepcionalmente necesaria por razones médicas y establece estrictos mecanismos de control por medio de la exigencia de informes médicos que justifiquen tal intervención quirúrgica los cuales deberán ser enviados al nivel nacional, en donde llevarán un registro de este procedimiento, en la Ley venezolana no hay mención de los partos por cesáreas.

Si bien en los dos proyectos se plantea la obligación de la formación del personal de salud en parto humanizado, incluyendo a doulas, acompañantes, parteras y comadronas, el proyecto de ley venezolano establece la obligación del Estado para la contratación de este personal en el sistema público de salud. Además en el proyecto de Venezuela se establecen 10 horas mensuales de licencia o permiso para que la madre y el padre en condición de trabajadora y trabajador o estudiantes, asistan a la formación prenatal, de preparación al parto y postnatal.

En el proyecto de Ley de Venezuela se establece el derecho de la mujer con VIH o Sida a disfrutar y ejercer en condiciones de igualdad sus derechos, garantías, deberes y responsabilidades, sin discriminación alguna, entre ellas, las derivadas de su condición de salud, durante el gestación, el trabajo de parto, parto y el postparto. La ley ecuatoriana igualmente establece el derecho de las mujeres con discapacidad a programas de atención integral durante las etapas de embarazo, parto y puerperio.

Investigaciones Relacionadas con la Maternidad Segura y el Parto Humanizado

Cuba: Se realizó una investigación cualitativa en tres hospitales donde se entrevistaron a 36 mujeres en trabajo de parto, diez familiares y nueve obstetras. Se concluyó que en Cuba el parto es fundamentalmente un evento medicalizado que se realiza en contextos hospitalarios donde se impone la autoridad médica mientras que la embarazada y su entorno familiar y de amistades están subordinados a los dictámenes del médico, en la intervención médica se aplican protocolos y rutinas como : posición acostada durante el trabajo de parto, ruptura de membranas, episiotomía, colocación de vía venosa, negación de acompañantes, atraso en el encuentro con el recién nacido, uso de oxitocina, maniobra de Cristelier, además se desvalorizan prácticas menos medicalizadas²⁸.

En una revisión documental realizada por médicos cubanos especialistas en ginecología y obstetricia, reconocen que la institucionalización de la atención del parto en Cuba, junto a otras políticas de protección del binomio madre-hijo, ha impactado favorablemente en los indicadores de salud materna y perinatal estando entre los mejores de América Latina; lo que va a contracorriente con la obstetricia actual, al trasladarse el parto de la casa a las instituciones, se quiebra el vínculo más potente y poderoso de toda embarazada, se le separa de su familia. Como resultado de esta revisión bibliográfica se llega a la conclusión de

que existen problemas organizativos en Cuba, que afectan negativamente el bienestar de las gestantes y sus familiares, existe desactualización de los especialistas involucrados en este proceso, en temas relacionados con el dolor, el estrés, la tensión de la madre y el casi nulo desarrollo de la psicoprofilaxis²⁹.

En un estudio realizado con 120 gestantes en la Provincia de Guantánamo, en la cual ha sido insuficiente el impacto de este programa en este sector de la población se consideró este método adecuado para conducir un trabajo de parto ya que promueve el autocontrol del dolor y la relajación de la parturienta. El método consiste en un conjunto de ejercicios físicos, de relajación, técnicas de respiración y contenidos educativos que servirán de apoyo y orientación para que la mujer gestante y sus familiares, participen activa y positivamente durante el proceso del embarazo, parto y postparto. Desde 1959, este método se extendió paulatinamente por todo el país, bajo la conducción de enfermeras obstetras quienes impartían los cursos en Hogares Maternos y policlínicas³⁰.

En un hospital de Santiago de Cuba, en donde está implantado el Programa Nacional de Maternidad y Paternidad Responsables, se realizó un estudio en 399 gestantes para la evaluación del funcionamiento del plan, se encontró que un porcentaje muy bajo (7%) de las mujeres realizaron la preparación psico-física del Programa; sin embargo, la totalidad de las embarazadas y sus acompañantes manifestaron su satisfacción con el programa³¹.

En una investigación donde se analiza críticamente el parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, se concluye que en Cuba la manera como está organizada la atención al nacimiento contribuye a la consolidación de la división sexual del trabajo y de los roles de género asociados con la maternidad, concebida como un asunto de mujeres. Este estudio se realizó en tres importantes hospitales de la capital y puso de manifiesto que el sistema de atención al nacimiento segrega al padre quien no tiene protección legal para participar en la asistencia sanitaria al embarazo, el parto y el puerperio, lo que no es consecuente con el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Beijing 1994. La mujer tiene poca participación, gestión y autonomía, ocupando una posición subordinada frente a la autoridad de los médicos quienes manifiestan un discurso hegemónico y omnipotente. Los investigadores recomiendan que es perentorio buscar alternativas en modelos asistenciales que respeten las preferencias de usuarias y usuarios

sean ellos quienes elijan la forma de atención del parto, para que este se convierta en una experiencia digna y gratificante²⁸.

Ecuador: En una investigación cualitativa realizada en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, las parturientas a pesar de reconocer el uso de formas tradicionales durante el embarazo, prefieren la atención del parto a nivel hospitalario. Los autores de la investigación exponen que los discursos maternalistas y los discursos biomédicos persuaden y coaccionan a las parturientas a aceptar las rutinas y protocolos terapéuticos y estas legitiman las acciones de los profesionales por considerarlos portadores de conocimientos expertos. La violencia material queda oculta bajo protocolos o rutinas institucionales basadas en criterios biomédicos de higiene y en el parto como un proceso patológico³².

En Ecuador predomina el "parto medicalizado" (parto biomédico que tiene lugar en instituciones como el hospital y responde a prácticas pensadas para la comodidad del personal médico y no de quien da a luz y quien nace), sin embargo, existen aún en ciudades y en zonas rurales otros modos de alumbrar, de llevar el embarazo y de acompañarlo. Además, el Estado ha implementado en las instituciones de salud pública lo que se denomina "parto culturalmente adecuado" que toma en cuenta prácticas tradicionales ligadas a la cultura especialmente de poblaciones indígenas y afro. Es a partir de los años ochenta que en Ecuador se inicia un cambio de paradigmas cuestionador del parto medicalizado, en donde son relevantes incluso experiencias de centros privados que promueven el parto humanizado, los cuales están en contra de las cesáreas innecesarias. En estos centros, si bien se respeta la decisión de la madre, tienen programas de preparación para el parto que enfatiza la importancia de que el parto sea natural, por lo que las mujeres terminan deseando un parto vaginal. Señala la autora de esta investigación que el Ministerio de Salud no tiene una política amplia de Información y de legalización en cuanto a las parteras³³.

En Ecuador según Mideros¹⁰ el gobierno establece como la única opción segura para una gestante "el parto institucional", es decir la hospitalización en una "unidad de salud" por horas o días, con las consecuencias desfavorables para la salud de la madre y bebé, además de la familia y la comunidad, considera este autor que el "parto institucional" no cuenta con suficientes recursos humanos, ni con las competencias mínimas (técnicas, científicas y humanas) para una atención eficaz y respetuosa. Señala que en Ecuador

predominan modelos y formas de comprensión de la salud que no toman en cuenta suficientemente la fisiología de las emociones, la energética corporal y el alma, la técnica, infraestructura, procedimientos y los estándares de calidad son estrictamente biomédicos, alopatícos, farmacológicos y hospitalarios, no considerando apropiados los saberes ancestrales y experiencias milenarias.

Venezuela: En una investigación realizada en la Maternidad "Concepción Palacios", una de las maternidades emblemáticas del país, sobre percepción de las 425 usuarias en relación a la violencia obstétrica, se encontraron porcentajes elevados para actos médicos sin consentimiento (66,8%) y para trato deshumanizante 49,4% y solo un 20,5% reportó atención libre de violencia. Las prácticas detalladas en el ámbito de trato deshumanizante más prevalentes fueron: obstaculizar el apego precoz, críticas por llorar o gritar durante el parto (21,6%), la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes (19,5%) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3%. De los actos médicos sin consentimiento informado, el principal fué la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores (37,2%), seguido por la administración de oxitócicos (31,3%). En cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradores del trato deshumanizado se señala al personal de enfermería en 70% de los casos y en segundo lugar al personal médico³⁴.

Venezuela no escapa de ser un país en el cual por muchos años ha prevalecido la práctica deshumanizada del parto y del nacimiento; sin embargo, desde finales de la década de los 70 se vienen desarrollando iniciativas para la humanización del parto y del nacimiento, se introdujo en esa época el parto psicoprofiláctico y se formaron muchas mujeres en zonas populares a través del Centro de Orientación Familiar (COF) de la Maternidad "Concepción Palacios", también en esa década se introdujo el parto vertical en el ámbito privado. A finales de los 80 se funda la ONG Buen nacer para promover el parto humanizado y se implementa el parto en el agua. Cabe destacar que el Estado Aragua en la región centro norte costera del país ha sido pionero en la creación de centros públicos para la atención del parto y nacimiento humanizado, se ha impulsado el movimiento de Doulas y la creación de seis salas de parto humanizado en cinco ciudades de este estado. En otros estados como Nueva Esparta, Táchira, Vargas y Distrito Capital también se han creado centros públicos para el parto y nacimiento humanizado e igualmente varios centros privados³⁵.

Cumplimiento de metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre Salud Materna (ODM 5).

Meta 5. A Mortalidad Materna y Razón de Mortalidad Materna

En relación al ODM 5, Cuba presentó una disminución de 33%; Ecuador reportó un descenso de 66%, mientras que Venezuela subió un 1%, manteniendo una cifra muy alta (tabla 1).

En la Cobertura de Partos, los tres países tienen una amplia cobertura de partos atendidos por personal capacitado, con más de 90% (tabla 2).

Planificación Familiar: En Cuba y Ecuador existe baja insatisfacción de las usuarias con el servicio de planificación familiar, siendo más alta en Venezuela (18%) (tabla 3).

Atención Prenatal: En cuanto a la cobertura de atención prenatal, Cuba cumple con un alto porcentaje de 97,8 %, mientras que Ecuador y Venezuela mantienen una menor cobertura para 4 consultas 79,5% y 84,6% respectivamente (tabla 2).

Meta 5. B - Salud Reproductiva

Las tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos modernos se equiparan en Cuba y Ecuador con 72 % y 70 % respectivamente, siendo menor en Venezuela con 64 % (tabla 3) y las tasas de natalidad en adolescentes son muy altas en Venezuela y Ecuador (85,8 y 74,6 x 1000 respectivamente), mientras que en Cuba es mucho menor (45 x 1000) (tabla 3).

DISCUSIÓN

Los tres países estudiados transitan con sus particularidades socio-históricas la construcción de modelos de desarrollo que promueven la equidad, la justicia y la inclusión social. Cuba tiene desde 1.959 un modelo socialista, mientras que Ecuador y Venezuela se ubican en el llamado Socialismo del Siglo XXI. Estos procesos no han estado exentos de conflictos y tensiones con un amplio componente de injerencia internacional liderado por EEUU con sus aliados en América y otros continentes y un importante impacto negativo en la economía de estos países (Cuba y Venezuela) afectando la provisión de alimentos, medicamentos, bienes y servicios.

En correspondencia con sus modelos de desarrollo, la Constitución Nacional de estos países

defiende la salud como derecho humano y no como mercancía. Ecuador y Venezuela han avanzado en la elaboración de un marco normativo que promueve los derechos sexuales y reproductivos y el parto humanizado, que incluye anteproyectos de ley del parto humanizado. La Asamblea Nacional Constituyente de Venezuela discute por iniciativa del Presidente Nicolás Maduro constitucionalizar el parto humanizado. De Cuba solo se encontró información de un plan que promueve la paternidad y maternidad responsable y la implementación del método psicoprofiláctico en las gestantes.

Se revisaron diez trabajos de investigación cualitativos y cuantitativos en los tres países de la ALBA-TCP, se encontró que en estos países, de acuerdo a los autores de estas investigaciones, aún sigue prevaleciendo una mirada patriarcal y biomédica en relación al embarazo y al parto.

El parto institucionalizado con sus protocolos y estándares de tratamiento es implementado bajo la autoridad indiscutible de los especialistas en ambientes exclusivamente hospitalarios, que subestiman y desvalorizan los saberes populares de parteras, comadronas, Doulas y los saberes ancestrales de pueblos originarios, asimismo se evidenciaron claras manifestaciones de violencia obstétrica con sus distintos matices, lo que constituye una clara expresión de inequidad de género. A este respecto Breihl⁷ señala que la inequidad de género es una de las asimetrías más antiguas, más interiorizadas y más difíciles de modificar. Lo importante es reconocer que actualmente estas formas de subordinación (clase social, etnia y género) coexisten, conservando cada una sus condicionamientos y expresiones propias, pero con una clarísima complementariedad. En el mismo orden de ideas, Camacaro³⁶ plantea que la mayoría de las sociedades occidentales a partir del siglo XIX, la atención del embarazo, parto y puerperio le ha sido quitado de las manos a las mujeres, pasando a ser un acto meramente sanitario-hospitalario, aislado, estandarizado para todas las mujeres, donde es el personal de salud el protagonista quien controla, decide y está presente, privilegiando la tecnología y la medicalización.

En Ecuador y Venezuela algunos autores de los trabajos realizados exponen una importante experiencia de iniciativas desde el sector público, privado y organizaciones civiles para la promoción del parto humanizado, que constituyen claras expresiones de resistencia a la hegemonía patriarcal biomédica. El Estado se asume realmente el fortalecimiento y consolidación del parto humanizado como estrategia de reconocida

Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna según país. Años 1990-2015.

PAÍS	1990	2015	% VARIACIÓN
Cuba	58	39	-33
Ecuador	185	64	-65
Venezuela	94	95	1

Fuente: OMS, 2015¹⁸

Tabla 2. Atención Prenatal por personal Capacitado según países. Año 2016.

PAÍS	(A)	(B)
Cuba	97,8	99,9
Ecuador	79,5 (2012)	94,3 (2015)
Venezuela	84,6	96,2

Fuente: OPS, 2017³⁹

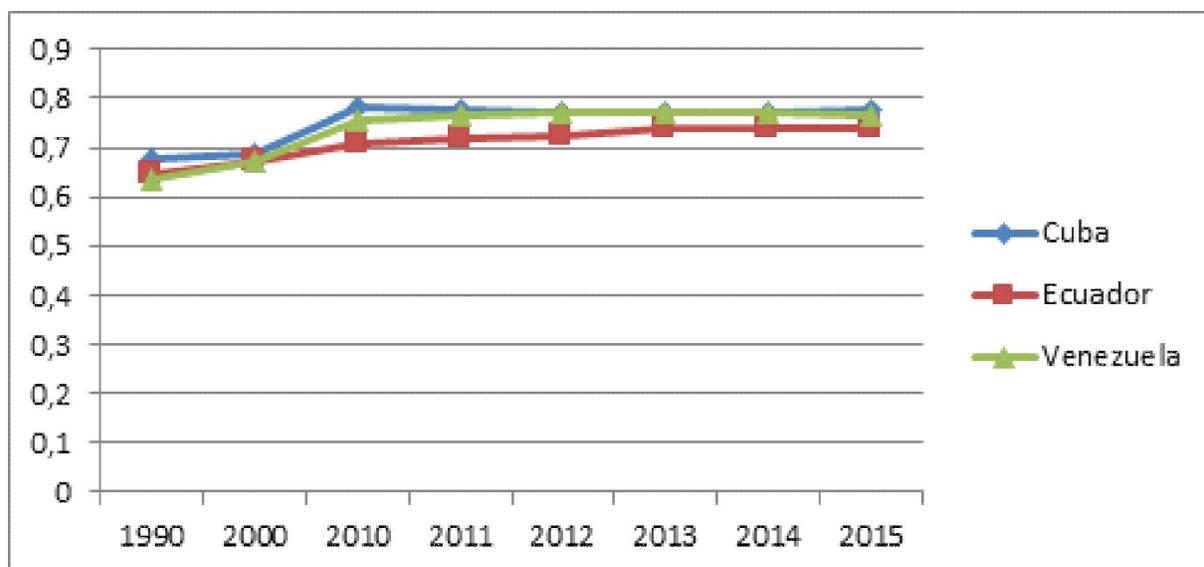
(A) Atención Prenatal. 4+ visitas en %; (B) Partos Hospitalarios en %

Tabla 3. Prevalencia de uso de anticonceptivos, demanda Insatisfecha de Planificación Familiar y Tasa de Fecundidad en Adolescentes, según países. Año 2017.

País	(A)	(B)	(C)
Cuba	72	10	45
Ecuador	70	15	74,6
Venezuela	64	18	85,8

Fuente: OPS, 2017³⁹

(A) % Uso de Anticonceptivos Modernos; (B)% Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar; (C) Tasa de Fecundidad en Adolescentes por 1000



Fuente: PNUD, 2016 ⁴⁰

Figura 1. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano, según países. Años 1990-2015.

utilidad para la maternidad segura y consecuentemente para la disminución de la morbilidad materna y neonatal. En Cuba, según la bibliografía revisada no se encontraron experiencias como las referidas, pero si algunas políticas de poco impacto en la población. Ahora bien, desde la perspectiva de la Salud Internacional existe en los tres países un terreno fértil propicio para el fortalecimiento del parto humanizado, siendo medular que en los mismos la salud se reconoce como derecho humano y no mercancía y cuentan con modelos de desarrollo anti neoliberales esforzados en el logro de mayor equidad e inclusión social y sistemas públicos de salud orientados en lograr la salud universal. Además cuentan con un organismo de integración como lo es la ALBA-TCP que puede apalancar el desarrollo de convenios para el logro de este objetivo.

En el cumplimiento de las metas de los ODM 5, Cuba tiene resultados más satisfactorios, lo que se puede explicar por su modelo de desarrollo que históricamente ha demostrado importantes logros sociales a pesar del bloqueo económico, comercial y financiero de más de 50 años por parte de los EEUU, que ha sido votado 26 veces consecutivas por la amplia mayoría de las naciones a favor de Cuba ante la ONU. Este modelo ha permitido garantizar a la población salud universal debido a las fortalezas de un Sistema Público Único Nacional de Salud que no ha escatimado esfuerzos en organizar una amplia red de atención basado en la Atención Primaria en Salud; asimismo, el gobierno cubano ha invertido

cuantiosos recursos en la formación de su talento humano, en investigación e innovación en tecnología de salud. Cabe resaltar en cuanto a las relaciones internacionales, que Cuba ha sabido posicionarse en la palestra mundial, logrando que cada vez más países establezcan relaciones de diversa índole con la isla, demostrándose así la obsolescencia del bloqueo.

En relación al cumplimiento de los ODM 5 por parte Ecuador, este país ha tenido un importante descenso de la RMM, explicable por las políticas públicas del Estado orientadas hacia la salud sexual y reproductiva traducidas en un importante número de instrumentos legales, lo que igualmente ha conllevado al mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general. Sin embargo, el sistema de salud ecuatoriano es fragmentado, una entre otras causas, que dificulta la adecuada coordinación para la implementación de las políticas de salud, de allí que algunos indicadores de salud materna sean insatisfactorios. A este respecto Malo-Serrano y Malo-Corral³⁷, señalan que la reforma de la salud en Ecuador es un proceso muy reciente y a pesar de importantes avances, su sostenibilidad va a ser garantizada solamente cuando se convierta en una política de Estado que supere el margen de tiempo de un gobierno determinado.

Venezuela tiene los indicadores más desfavorables en cuanto a las metas establecidas del

ODM 5, manteniendo una muy elevada RMM, esto a pesar de los cuantiosos recursos para la inversión social realizado por el Gobierno Bolivariano a través de las misiones sociales. Venezuela ostenta junto a Cuba y Ecuador un IDH alto (Figura 1), que sintetiza los esfuerzos realizados por estos países para mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones. Como posible explicación a estos indicadores negativos de salud materna, debemos plantear que aún Venezuela tiene un sistema público de salud fragmentado heredado de gobiernos anteriores, escollo substantivo que aún no ha podido superarse a pesar de la implementación de la Misión Barrio Adentro en el año 2004. Ahora bien, vale destacar que con la Misión Barrio Adentro se ha avanzado en la cobertura de atención; sin embargo, no ha sido así con el acceso a determinados servicios, como lo es la salud materna e infantil, ya que el convenio Cuba-Venezuela no lo contempla.

Para la ALBA-TCP constituye un reto ético-político contribuir a mejorar la salud materna de sus pueblos impulsando la estrategia del parto y nacimiento humanizado, teniendo como fortalezas y oportunidades, los modelos de desarrollo de sus países sustentados en la equidad y la inclusión social, donde se reconoce a la salud como derecho y no como mercancía, así como las relaciones internacionales, comerciales y de transferencia tecnológica cultivadas en los principios de solidaridad, complementariedad, justicia y cooperación. Ahora bien, el impulso de esta política pública centrada en los derechos humanos de la mujer, está tensionada por fuerzas internacionales que pugnan por imponer sus modelos de desarrollo, comercio y tecnologías de corte neoliberal.

La estructura organizativa y funcional de la ALBA-TCP está constituida por cinco consejos: político, económico, social, Mujeres y Movimientos Sociales. Desde su creación la ALBA-TCP ha tenido un mayor desarrollo en lo político, mientras que en lo social, el proyecto que ha avanzado es la Empresa Gran Nacional de Medicamentos (ALBA de Medicamentos), en la literatura revisada no se encontró ningún convenio relacionado con salud materna e infantil.

En este sentido se propone lo siguiente:

- Conformación de un grupo de trabajo de Maternidad Segura, Parto y Nacimiento Humanizado con los Consejos: Social, de Mujeres y Movimientos Sociales.
- Promover una amplia participación de diversos actores: Gobiernos (Ministerios de Salud, Mujer), Académicos

(Universidades, Centros de investigación), Movimientos Sociales, Organismos Multilaterales (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), entre otros.

- Aprovechamiento de las fortalezas de Cuba en cuanto a las experiencias de funcionamiento de su Sistema Público Único de Salud, los convenios en curso con Venezuela, el desarrollo de tecnologías de Salud, experiencia formativa y de investigación de su talento humano, existencia de una amplia red de organizaciones de masas.

- Aprovechamiento de las fortalezas de Ecuador en cuanto a su amplio marco normativo, diversidad de Investigaciones sobre parto y nacimiento humanizado, importante experiencia de la gestión pública y privada sobre el tema, diversidad de organizaciones y movimientos Sociales a favor del parto humanizado.

- Aprovechamiento de las fortalezas de Venezuela en cuanto a su amplio marco normativo, investigaciones en el área temática, experiencia pública y privada sobre el tema, amplio compromiso del Estado para la implementación del Plan Parto Humanizado, creciente y robusta red de organizaciones y movimientos sociales con experiencia en autogobierno popular.

CONCLUSIONES

Existe una lucha mundial contra las inequidades de género: ONU, OMS, Movimientos Sociales a favor de la promoción del parto y su humanización y disminución de las cesáreas.

La ALBA-TCP como organismo de integración de América Latina y Caribe debe impulsar proyectos sociales que atiendan prioridades de sus países como la mortalidad materna y atendiendo a sus principios ético-políticos promover el parto humanizado como derecho humano que a su vez contribuye a la reducción de gastos de Salud de los Sistemas Nacionales de Salud Pública. Los modelos de desarrollo antineoliberales y las relaciones internacionales de solidaridad y complementariedad que propugna la ALBA-TCP, favorecen un Nuevo Regionalismo Sur-Sur y la Soberanía Sanitaria.

Ecuador y Venezuela han avanzado en la elaboración de un amplio marco normativo sobre salud sexual y reproductiva, equidad de género y parto humanizado, que incluye anteproyectos de ley; así como en la ejecución de políticas públicas. Venezuela avanza hacia la constitucionalización del parto humanizado y

está implementando el Plan Parto Humanizado con una gran cobertura. Cuba cuenta con un Sistema Público de Salud Unificado, sistema de vigilancia epidemiológica, talento humano y tecnología de salud favorable para el proyecto.

A nivel mundial y en América Latina y Caribe hay interés creciente en la investigación científica y la promoción del parto y nacimiento humanizado. Asimismo, una diversidad de asociaciones civiles, grupos feministas y movimientos sociales se han convertido en masa crítica pro-parto humanizado.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Annella Bauer, Dr. Juan Eduardo Guerrero (Coordinadores) y Dra. Jovana Ocampo (Mentora del Grupo Andino) del Programa de Líderes de Salud Internacional (PLSI) "Dr. Edmundo Granda" de la OPS/OMS. Dra Malhi Cho. Consultora de Sistemas y Servicios de Salud y Dr. Ariel Karolinsky. Consultor en Salud Familiar, Género y Curso de Vida. OPS. Representación de Venezuela.

FINANCIAMIENTO

La investigación fue realizada por los participantes de Venezuela en el Programa de Líderes de Salud Internacional "Dr. Edmundo Granda" en su cohorte 2017. No recibió financiamiento institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P. *et al.* Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. (Informe especial/Special report). Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 5 de octubre de 2017]; 37(4-5), 351. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/yvzb>
- 2) Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe. [Internet]. Washington (DC); 2015 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/grnv>
- 3) Organización de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. [Internet]. Washington (DC); 2009 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/7cdw>
- 4) Organización de Naciones Unidas. Asamblea General. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. Washington (DC); 2015 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/rqgb>
- 5) Organización de Naciones Unidas. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). [Internet]. Washington (DC); 2015 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/ao0g>
- 6) Delgado A. Reflexiones introductorias para el abordaje de los estudios de la mujer. En: A. Delgado y M. Camacaro (Coord.) y M. González (Comp.), La academia en sintonía de género... una discusión impostergable Valencia: Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo; 2010. pp 15-30.
- 7) Breilh J. Género, poder y salud. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1994.
- 8) Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre Tasas de Cesárea. [Internet]. Washington (DC); 2015 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/7zli>
- 9) Ávila Gamboa D, Macías Castro G, Garrido Méndez JA, Garrido Calderón J, Ávila Stagg F y Karchmer S. Estrategias emergentes para volver a la vía natural de nacimiento. En: A. Puertas, A. Herruzo y F. Montoya (Eds.), Dirección médica del parto [Internet]. Granada, España: Gami; 2017. [citado 26 de octubre de 2017]. P. 15-21. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/v50a>
- 10) Mideros R. Desafíos de la atención del parto en Ecuador de 2014. [Internet]. 2014 [acceso 12 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/wAkJr6>
- 11) Programa de las Naciones Unidas en Venezuela. Cumpliendo las metas del milenio. [Internet]. Caracas; 2004 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/6tmo>
- 12) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de implementación de intervenciones priorizadas para contribuir a la reducción de la morbilidad grave, y mortalidad materna y perinatal en la República Bolivariana de Venezuela: Anticoncepción Inmediata Post Evento obstétrico (AIPE) y Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU). [Internet]. Caracas; s. f [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/gy9u0>
- 13) UNICEF. Documento del programa del país 2015-2019. (E/ICEF/2014/P/L.2).[Internet]. Caracas ; 2014 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/psr2>
- 14) OPS-UNFPA. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington (DC); 2018 [citado 26 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/yo02>
- 15) ALBA-TCP. Quiénes Somos [Internet] Caracas; 2017 [citado 10 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <http://alba-tcp.org/content/alba-tcp>
- 16) Auer A Guerrero Espinel JE. La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2011; [citado 5 de octubre de 2017] 30(2): 111-21. Recuperado a partir de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a03.pdf>
- 17) Constitución de la República de Cuba. 12 de julio de 1992. Recuperado a partir de: www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm
- 18) Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008th ed. Quito; 2008. Recuperado a partir de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- 19) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con Enmienda N° 1. Gaceta Oficial N° 5.908 extraordinario. 19 de febrero de 2009. Recuperado a partir de: <http://www.bcv.org.ve/c3/constitucionvzla022009.pdf>
- 20) Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021. [Internet]. Quito; 2017 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/doeh>
- 21) Berchart Vichi L, Claro de la Cruz L, Heredia Gornie L, Paredes Rodríguez L, Cuba Martínez L. Caracterización de la psicoprofilaxis en gestantes del tercer trimestre. Revista de Información Científica [Internet]. 2013 [citado 2018 Ene 31]; 79(3):[aprox. 0 p.]. Recuperado a partir de: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/903>
- 22) Domínguez Cruz AM. Das a luz y estoy a tu lado. Juventud Rebelde. 23 de noviembre de 2015; Ciencia y Técnica. Recuperado a partir de: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-11-23/das-a-luz-y-estoy-a-tu-lado>
- 23) García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Acosta M. Legislación y atención medicalizada al nacimiento en el ejercicio de la maternidad y la paternidad en Cuba. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2012 [citado 26 de octubre de 2017]; 10 (2): 43-57. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/pdf/562/56223856004.pdf>

- 24) Viceministerio para la Protección de los Derechos de la Mujer. Primer Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019. [Internet]. Caracas: Instituto Nacional de la Mujer, 2014 [citado 10 de enero de 2018]. 35 p. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/h48mx>
- 25) Venezuela impulsa el Parto Humanizado como derecho de la mujer [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información; 2017 [citado 20 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/b2kf>. <http://www.albatv.org/Gobierno-Bolivariano-activa-Plan.html>
- 26) Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto. Ecuador. Oficio N° 034-WGR-CEPDS-AN-2016 de fecha 24 de agosto de 2016. Recuperado a partir de: <https://es.slideshare.net/carlosvelascoenriquez/ley-orgnica-para-la-atencion-humanizada-del-embarazo>
- 27) Proyecto de Ley para la Promoción y Protección del Derecho de la Mujer al Parto y al Nacimiento Humanizado. Venezuela. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/kur8>
- 28) García Jordá Dailys, Díaz Bernal Zoe, Acosta Álamo Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Nov 17]; 39(4):718-732. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400009&lng=es.
- 29) Pujadas-Ríos X, Oviedo-Rodríguez R, Montero-Torres F, Pineda. J. Humanización del parto en la medicina de excelencia. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 2018 Ene 31]; 9(5):[aprox. 2 p.]. Recuperado a partir de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1736>
- 30) Berchart Vichi L, Claro de la Cruz L, Heredia Gornie L, Paredes Rodríguez L, Cuba Martínez L. Caracterización de la psicoprofilaxis en gestantes del tercer trimestre. Revista de Información Científica [Internet]. 2013 [citado 2018 Ene 31]; 79(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/903>
- 31) Jiménez Miranda GA, Ávalos Escalona FM, Sánchez Batista R. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales. MEDISAN [Internet]. 2005;9(2). Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445008003>
- 32) Vásquez M E. Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito [tesis de maestría en Internet]. FLACSO Sede Ecuador, Quito; 2011 [acceso 20 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6288/2/TFLACSO-2011MEVQ.pdf>
- 33) Moral Sosa S.A. ¿Ritos Emancipatorios? Experiencias de Parto Respetado [tesis de maestría en Internet]. FLACSO Sede Ecuador, Quito; 2013 [acceso 20 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6187#.WpDXbR1ubIV>
- 34) Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos Damarys. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2013 Sep [citado 2018 Feb 02]; 73(3):171-180. Disponible en: <https://goo.gl/CugKSi>
- 35) Defensoría del Pueblo. El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social [Internet]. Caracas: Fundación Juan Vives Suriá, 2012 [citado 10 de enero de 2018]. 27 p. Recuperado a partir de: http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto_y_nacimiento_humanizado.pdf
- 36) Camacaro Cuevas M. La obstetricia develada, otra mirada desde el género. Valencia: Dirección de medios y publicaciones de la Universidad de Carabobo; 2010. 75 p.
- 37) Malo-Serrano M, Malo-Corral N. Reforma de Salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Feb 28]; 31(4):754-761. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400022&lng=es.
- 38) Organización Mundial de la Salud (OMS). Evolución de la mortalidad materna 1990-2015. [Internet]. Washington (DC); 2015 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
- 39) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores Básicos Situación de Salud en las Américas. [Internet]. Washington (DC); 2017 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>.
- 40) PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2016. [Internet]. Washington (DC); 2016 [citado 26 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf.