

Experiencias de mujeres en la atención del parto institucional en tiempos de la primera y segunda ola de COVID en México

Women's experiences in institutional childbirth care in times of the first and second waves of COVID in Mexico

Kassandra Daniela Ríos González (<https://orcid.org/0000-0001-5043-901X>)¹

Yesica Yolanda Rangel-Flores (<http://orcid.org/0000-0001-5673-6891>)²

Abstract *This is a qualitative study that explores the perspectives and experiences of a group of Mexican women who experienced institutionalized childbirth care in the first and second waves of the COVID-19 pandemic. Through a semi-structured script, nine women who experienced childbirth care were interviewed between March and October 2020 in public and private hospitals in the city of San Luis Potosí, Mexico. Under the Grounded Theory analysis proposal, it was identified that the health strategies implemented during the pandemic brought with them a setback in the guarantee of humanized childbirth. Women described themselves as distrustful of the protocols that personnel followed to attend to their births in public sector hospitals and very confident in those implemented in the private sector. The intervention of cesarean sections without a clear justification emerged as a constant, as did early dyad separation. Healthcare personnel's and institutions' willingness and conviction to guarantee, protect and defend the right of women to experience childbirth free of violence remain fragile. Resistance persists to rethink childbirth care from a non-biomedicalizing paradigm.*

Key words *Pandemics, COVID-19, Delivery, Humanizing Delivery, Obstetric Violence*

Resumen *Estudio de tipo cualitativo que explora las perspectivas y experiencias de un grupo de mujeres mexicanas que vivieron la atención institucionalizada del parto en la primera y segunda ola de la pandemia por COVID-19. A través de un guión semiestructurado se entrevistó a nueve mujeres que vivieron la experiencia de la atención del parto entre marzo y octubre de 2020, en hospitales públicos y privados de la ciudad de San Luis Potosí, en México. Bajo la propuesta de análisis de la teoría fundamentada, se identificó que las estrategias sanitarias implementadas en el marco de la pandemia, trajeron consigo un retroceso en la garantía del parto humanizado, las mujeres se narraron desconfiadas en los protocolos que siguió el personal para la atención de sus partos en los hospitales del sector público y muy confiadas en los que se implementaron en el sector privado. La realización de cesáreas sin una justificación clara emergió como una constante, igual que la separación temprana de los binomios. Continúa frágil la disposición y el convencimiento del personal sanitario y las instituciones para garantizar, proteger y defender el derecho de las mujeres a vivir el parto libre de violencia. Persisten resistencias para repensar la atención del parto desde un paradigma no biomédicalizante.*

Palabras clave *Pandemia, COVID-19, Parto, Parto humanizado, Violencia obstétrica*

¹ Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Av. Salvador Nava Martínez 382, Zona Universitaria. 78290 San Luis Potosí S.L.P. México. kassandra-rios100299@outlook.es

² Facultad de Enfermería y Nutrición, UASLP. San Luis Potosí S.L.P. México.

Introducción

Si bien al inicio de la pandemia se habló poco del riesgo de las mujeres embarazadas frente al virus SARS-CoV-2, fue en agosto de 2020 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo público el hecho de que las mujeres embarazadas eran más susceptibles de desarrollar formas graves de COVID, requerir la admisión a Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), e incluso pese a esto, de evolucionar hasta la muerte¹.

Según informes de seguimiento epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta mayo de 2021, en la Región de las Américas se habían notificado 202.101 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, así como 1.271 defunciones (0,63%) asociadas a la enfermedad en el mismo grupo de población, cifras que mostraban un incremento sustancial en relación con el número de casos confirmados en 2020 en al menos doce países de este continente. La Razón de Muerte Materna más alta fue reportada para México con 20.9 y Paraguay con 9.8; en tanto las tasas de letalidad más alarmantes, fueron reportadas para Brasil con 7,22 y República Dominicana con 7,11².

En México, la Secretaría de Salud reportó que hasta agosto de 2021 se habían realizado el seguimiento de 73,785 mujeres con embarazo/puerperio con sospecha de COVID-19, confirmando positividad a la infección en poco más de la cuarta parte (27,6%). Un total de 389 defunciones con una letalidad acumulada de 1,91%, situó rápidamente al COVID-19 como la primera causa de Muerte Materna Indirecta en territorio mexicano³.

La OMS y la OPS lanzaron la alerta epidemiológica de COVID-19 durante el embarazo el 13 de agosto de 2020, convocando a los países del mundo a redoblar esfuerzos para garantizar la atención prenatal y natal, pero particularmente, sobre impulsar estrategias para reducir la morbilidad asociada a COVID-19 en todos los niveles del sistema de salud. Las recomendaciones emitidas incluyeron intervenciones enfocadas en la prevención de nuevos contagios, pero también en aquellas dirigidas a garantizar la atención oportuna y de calidad para evitar complicaciones graves y/o muertes⁴; estas organizaciones fueron puntuales además, en reiterar el derecho de todas las mujeres, –incluyendo a quienes son casos sospechosos o confirmados de infección por COVID-19–, de recibir cuidados de calidad antes, durante y después del parto, incluyendo tanto los prenatales como los del recién nacido, la atención

postnatal, prevención de violencia y acceso a programas de salud mental⁵.

Para mayo de 2020, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se pronunció sobre la situación que enfrentarían las nuevas madres y los recién nacidos en el contexto de la pandemia, conscientes del desbordamiento de las instituciones sanitarias, la escasez de equipos, suministros y recursos humanos cualificados; así como, porque una parte importante del personal disponible se redirigía a la atención de pacientes infectados con COVID y con esto se debilitaban servicios de atención general, incluyendo los de ginecobstetricia⁶. La preocupación surgía también, por el hecho de que se implementarían protocolos basados en muy poca evidencia científica dado el desconocimiento de la enfermedad, pero también en la certeza de que podía retornarse a la implementación de un modelo de atención biomedicalizante, que en la última década se había trabajado intensamente para erradicar⁷.

La pandemia por COVID-19 reposicionó con más urgencia que nunca, el compromiso del Estado de ser garante del derecho a la salud, desde la garantía de sus elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad⁸. Términos que se describen en el Cuadro 1 y que son esenciales para garantizar la salud como un derecho.

En el contexto antes expuesto, el objetivo de esta investigación fue evaluar la atención del parto institucionalizado durante la llamada primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2, a partir de la exploración cualitativa de los cuatro indicadores mencionados.

Metodología

Estudio cualitativo con diseño de teoría fundamentada desde la propuesta de Strauss y Corbin, quienes la definen como una “aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno”⁹ se identificó pertinente este diseño puesto que el interés fue reconstruir la experiencia de la atención institucionalizada del parto desde las narrativas de las mujeres, para identificar su configuración, pero también para rastrear los elementos que llevan a dicha configuración, con la finalidad de estar en condiciones de elaborar señalamientos y recomendaciones puntuales.

Para la reconstrucción teórica del fenómeno y la articulación de los hallazgos, se recurrió a

Cuadro 1. Indicadores de garantía de la salud como derecho humano.

| | |
|----------------|---|
| Disponibilidad | Garantizar suficiencia de las instalaciones, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa el derecho a la salud. |
| Accesibilidad | Accesibilidad económica, física, el acceso a la información y a la no discriminación en la atención. |
| Aceptabilidad | Los servicios son culturalmente apropiados, respetuosos de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y concebidos para respetar la confidencialidad. |
| Adaptabilidad | Los servicios deben ser conscientes y acomodarse al contexto local. En tiempos de contingencia se adecuan aspectos de la infraestructura, de la organización y de los protocolos de atención. |

Fuente: Autores a partir de los indicadores que Vázquez y Serrano⁸ proponen para evaluar la garantía del derecho a la salud.

los aportes del feminismo descolonial, particularmente a los aportes que elabora María Lagunes sobre la necesaria desmedicalización de los cuerpos de las mujeres y el cuestionamiento de las asimetrías de poder que con base en la condición de género, se despliegan en las relaciones terapéuticas que se construyen a partir del modelo médico hegemónico¹⁰.

Participaron mujeres que dieron a luz de forma institucionalizada en el sector público y/o privado de la ciudad de San Luis Potosí, con resolución del parto por vía vaginal o cesárea, siendo la conducción del parto inducida o fisiológica, y partos a término durante el periodo de marzo 2020 a octubre 2020. Para la selección de las informantes se empleó la estrategia de muestreo teórico que implicó iniciar con una muestra de arranque, la cual se originó a partir de los supuestos de representación de las informantes, y que posterior a los análisis preliminares se fue incrementando hasta lograr que ellos no expresen nada nuevo respecto del objeto, lo que se denomina saturación teórica¹¹. De acuerdo a las categorías emergentes se fueron identificando más informantes para la consolidación y reconstrucción de categorías y así llegar a la saturación teórica. Esto implicó buscar informantes con los rasgos que fueron emergiendo en cada categoría.

Para participar las informantes debieron firmar voluntariamente el consentimiento informado, en el caso de las menores de edad se usó el asentimiento informado. Se empleó la entrevista con la finalidad de obtener datos o información de las informantes mediante la interacción oral, en este estudio se emplearon entrevistas semi estructuradas, partiendo de preguntas planeadas que fueron ajustándose a las informantes, con la posibilidad de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir

formalismos¹². La guía de entrevista se estructuró para explorar los cinco criterios considerados para evaluar la garantía del derecho a la salud, la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad y calidad; y se llevaron a cabo mediante plataformas virtuales (Zoom, Skype) debido a las medidas de distanciamiento social derivadas de la pandemia, tuvieron una duración aproximada de 60 minutos con la posibilidad de tener más de un encuentro.

Las entrevistas fueron audiograbadas, entendiéndose esto como la acción de solo grabar el audio con fines de corroborar la información, más no grabar el rostro de las informantes, por lo que las cámaras se mantuvieron apagadas. El análisis y procesamiento de datos se realizó desde la propuesta de Strauss y Corbin mediante la codificación de datos en sus tres etapas: codificación abierta, axial y selectiva¹³.

Resultados

La edad promedio de las participantes fue 28.1 años, ocho se situaban entre los 20 y 30 años, y una era mayor de 40 años, la mínima de edad fue de 24 y la máxima de 42. Seis refirieron vivir en matrimonio y tres en unión libre. En cuanto a educación, siete tenían grado de licenciatura, una doctorado y otra bachillerato, cinco dijeron laborar en trabajos propios de su profesión, tres estaban dedicadas al trabajo no remunerado en el hogar y una era comerciante.

Seis parieron en un hospital privado y tres en uno público, de ellas, tres dijeron haber acudido a sus ahorros o préstamos para costear la atención, dos contaban con seguro de gastos médicos, y dos hicieron uso de los convenios establecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social con el

sector privado en la primera ola de la contingencia. De las tres que parieron en el sector público, dos lo hicieron a través del programa de seguridad social y una a partir del seguro de protección social en salud en México destinado a personas que no cuentan con seguridad social (INSABI).

Emergieron tres categorías para explicar el fenómeno, las cuales nombramos “Desconfianza en las instituciones públicas y certezas socialmente construidas en torno a la medicina privada”, “Cesáreas innecesarias como recurso para contener el riesgo” y “El retorno al parto en solitario y a la separación del binomio”, la articulación de estas llevó a la categoría central, la cual titulamos “Retroceso en la garantía del derecho a un parto humanizado”.

Retroceso en la garantía del derecho de un parto humanizado

Surge como categoría central tras dar cuenta del regreso a prácticas que habían logrado visibilizarse previo a la pandemia como inadecuadas y violentas, y las cuales, con base en evidencia científica se habían descartado de los protocolos internacionales y nacionales de atención del parto. A continuación se recuperan algunas de las narrativas que evidencian actuaciones asociadas a lo que se ha nombrado violencia obstétrica, pues llevan implícitas acciones u omisiones que afectan el confort de las mujeres o incluso ponen en riesgo su vida.

En el quirófano, me empujaron la panza, como para que baje el bebé...solo sentía que estaba presionando y a pesar de la anestesia yo sentía el dolor, le dije al doctor y a la anesthesióloga y ella dijo que se me iba a pasar, me ignoró (Nohemí, hospital privado).

Le dije al enfermero “disculpa, yo pido agua y hasta donde yo sé yo puedo tomar agua y no me dan agua y quisiera ver si de perdido me pudieran dar la oportunidad de mojarme mis labios porque siento mucha sed” y me decía que no y que no (Jocelin, hospital público).

Era cambio de turno y hubo un momento en que pues no había nadie, llegaron unos y luego se fueron [médicos y/o enfermeros] y fue que dije, ¿qué va a pasar? porque sentía que ya casi iba a parir y no había nadie (Laura, hospital público).

Veía a la enfermera muy tranquila, como si tuviera mucho tiempo para hacer las cosas y yo ya sentía muchas ganas de pujar, hasta que empezó a salir el bebé fue que se empezaron a mover, pero antes de eso como que si no te quisieran atender, como con miedo, como que si tú los fueses a infec-

tar de algo, sí, como que los veía con mucha inseguridad (Alexa, hospital público).

Desconfianza en las instituciones públicas y certezas socialmente construidas en torno a la medicina privada

La pandemia redobló la desconfianza de la ciudadanía en los servicios públicos de salud, en contraparte, incrementó las certezas socialmente construidas en torno a la medicina privada. Todas las participantes dijeron haber deseado que la atención de su parto fuera dentro de una institución privada, aunque no todas tuvieron las condiciones para concretar este deseo. Lo interesante de este hallazgo tiene que ver con el hecho de que lo que movió a las mujeres y sus familias para buscar la atención privada fue el miedo de ser contagiadas dentro de las instituciones públicas, un miedo que les llevó a pasar por alto otras cuestiones asociadas a la calidad en la atención materna, tales como las estrategias que se implementan para favorecer el apego y la lactancia, y respetar el parto acompañado. La forma en como imperó el miedo al contagio, puede leerse en las siguientes narrativas.

Hablamos con la gine nos dijo que en hospital “X” tenía más casos de COVID, que estaba muy saturado de pacientes, entonces dijimos ‘okay, este es el que menos tiene pacientes con COVID, vámonos a ese (Nohemí, 25 años, hospital privado).

Es que nosotros habíamos visto ya varios hospitales pero la mayoría que nos gustaba era así como, no pues hay área COVID y sí nos dio miedo (Martha, 27 años, hospital privado).

Me tocó en plena pandemia, en los hospitales, en el seguro había gente contagiada y así, y dije, yo prefiero...bueno, junto con mi esposo tomamos la decisión de aliviarnos en uno particular (Daniela, 28 años, hospital privado).

Nos comentaban que era hospital no COVID, o sea que no recibían, que al final de cuentas tú sabes que pues para saber si era COVID o no es muy difícil, ¿no?, pero pues estar tú sola en una habitación (Vanessa, 29 años, hospital privado).

La decisión sobre donde parir, obedeció no sólo a las falsas certezas que construye el discurso neoliberal sobre las bondades de la medicina privada, sino fundamentalmente al desprestigio que han ganado los hospitales públicos que hacen parte de un sistema de salud desmantelado.

Yo pienso que si yo me iba a un público pues la atención no iba a ser la misma, decidí por una privada para tener una mejor atención y estar más seguras tanto mi hija como yo (Vanessa, 29 años, hospital privado).

Es feo escucharlo, pero es una realidad, el sector salud del área pública no cuentan con recursos suficientes por parte del gobierno, pero la atención y el trato al derechohabiente siempre ha sido algo que han dejado mucho que desear, ahora imagínate en tiempos de COVID (Arely, 26 años, hospital privado).

Las tres mujeres que atendieron su parto en un hospital público narraron como una de las principales desventajas, las demoras para acceder a la atención y los riesgos de contagio que desde su percepción se incrementaban con dicho retraso. Su estancia en las salas de TRIAGE obstétrico y de tococirugía se enmarcaba en experiencias de estrés y angustia ante la posibilidad de ser contagiadas.

Yo no traía dolores, pero había personas que sí traían dolores y no las atendían, traían el líquido saliendo, y no las atendían ... ahí estábamos todas juntas, cuando estaba al máximo lo del aislamiento, no teníamos seguridad, nosotros tuvimos que ayudar a una [mujer] de que estaba sentada y se le había roto la fuente [sic] y ya hasta estaba sangrando (Alexa, 25 años, hospital público).

Cesáreas innecesarias como recurso (in)admisibles para contener el riesgo

En los hospitales privados, independientemente si la atención derivaba de un convenio o un seguro de gastos médicos, se narró que la atención era por mucho más ágil y hasta inmediata, nos preocupa haber identificado la práctica de cesáreas innecesarias, cirugías programadas con el argumento de acortar los tiempos de estancia de las mujeres dentro de las clínicas, y/o anticipar partos ante el pronóstico en el comportamiento epidemiológico del virus. La cesárea se visualizó como un recurso que implicaba riesgos y en dicho sentido no era del todo deseable, se reconfiguró en una opción positiva altamente vinculada con la idea de reducir el riesgo de contagio dentro del hospital.

Llegué cinco y media de la mañana, ya estaba programada, me pidieron mi IFE y que quien era el responsable de mí por cualquier situación, llené mis papeles de ingreso, nos asignaron la habitación pero me llevaron directamente al área de preparación de quirófano, por lo mismo de que por eso me hicieron la cesárea, para que no tuviera que estar haciendo horas del parto (Karla, 42 años, hospital privado).

Había escuchado hablar del parto humanizado y yo sí quería que mi bebé estuviera conmigo los primeros minutos, dándole pecho y así, pero me dijeron 'no, eso es mucho tiempo, es muy tardado,

por la pandemia lo más práctico es cesárea y pues rápido (Daniela, 28 años, hospital privado).

Fue programada, se adelantó una semana, ya les avisa [su médico] oye voy a programar una cesárea para tal fecha, ve la disponibilidad de quirófano y ya le dicen si sí o si no, ya se organiza... se programa, rápido todo (Karla, 42 años, hospital privado).

El retorno al parto en solitario y la separación del binomio

El derecho al parto en compañía y el apego precoz fue violentado en las instituciones del sector público y del privado, bajo el argumento de que la política de sana distancia hacia inviable la presencia de la pareja en la sala de tococirugía o el contacto con sus recién nacidos. La negación a estos derechos fue mucho más evidente para las mujeres que tenían el antecedente de partos previos y habían tenido la oportunidad de vivir estos en acompañamiento y con la promoción del apego temprano con sus hijos.

Antes se supone que podías tener a un compañero durante tu parto y ahora estábamos completamente solas, a mí me tenían casi hasta el último, yo me sentía hasta olvidada porque hubo un momento en el que yo sentía que mi bebé ya no se movía y me empezó a dar miedo, y luego el dolor, y luego la respiración, o sea como que en momento se me olvidó como respirar, se me fueron juntando muchas cosas (Jocelin, 27 años, hospital público).

Por lo mismo del riesgo al contagio nos dijeron que iba a tener que ser un parto en solitario, no me iba a poder acompañar nadie más que el personal médico necesario... no dejaron entrar a mi esposo (Arely, 26 años, hospital privado).

Que no dejen pasar a mi esposo sí fue feo, porque es un momento que tú dices pues es de dos, no podía haber muchas personas en quirófano, tampoco sé si era cierto que Secretaría de Salud les iba a clausurar, nunca supe, pero no me voy a poner ahí a arriesgarme a que sí les clausuren por ponerme ahí con mi rebeldía (Daniela, 28 años, hospital privado).

Ya ves que en las privadas te dan la oportunidad de que entre tu esposo al parto, entonces por ejemplo ya habíamos este contactado varios hospitales, pero sí habían unos en los que nos comentaban que pues el esposo no podía entrar y que el bebé no se te llevaba a la habitación para evitar cualquier tipo de riesgos (Vanessa, 29 años, hospital privado).

Narraron que la separación prematura de sus bebés, afectó el vínculo y el establecimiento de la lactancia.

Me dijeron “no, es que lo común es que el bebé se quede en los cuneros, nada más te lo damos cuando vaya a comer” y que por el COVID no fue alojamiento conjunto, pues soy nutrióloga entonces fue así de “pecho, pecho” y me regañaban (Martha, 27 años, hospital privado).

No le pude dar pecho, estando ahí una enfermera me dijo “¿quiere ver a su bebé?” pero nada más estuve como cinco minutos porque me dijeron “es que ya nos la tenemos que llevar, discúlpeme, pero ya me la tengo que llevar”, supuestamente como por protocolo de cómo están por lo del COVID no dejaban tenerla a las mamás y a los bebés juntos (Nohemí, 25 años, hospital privado).

Me la llevaron ese día una hora nada más, yo me alivié a las tres de la tarde, estuvo ahí en esa capsulita como cuarenta minutos, ya después el enfermero me dijo “despidete porque ya se va a cuneros”, nada más me la enseñó de lejos y la cambió... (Daniela, 28 años, hospital privado).

Estas decisiones de no acercarse a los recién nacidos con sus madres o de negar el ingreso de la pareja a la sala de parto carecen más de sentido si se considera que dentro de las instituciones en las que su parto tuvo lugar, no se implementaron adecuaciones respecto a la restricción en el ingreso y circulación del personal sanitario, por lo que se incumplía con las medidas dictadas desde la política nacional para mitigar la transmisión del COVID-19. Sumado al alto flujo de actores institucionales dentro de las áreas de tococirugía, es importante considerar que tampoco se realizaron adecuaciones en cuanto a las condiciones de infraestructura de este tipo de servicios, los cuales como han señalado con antelación otros autores, están pensados para la atención de los partos desde una lógica de maquila y/o en serie, donde poco respeta la privacidad e intimidad del parto.

Vivir sus experiencias de parto dentro de espacios desconocidos, sin fuentes de apoyo familiares y dentro de un espacio representado no sólo como algo desconocido sino peligroso, incidió en que vivieran su experiencia en situaciones de ansiedad y estrés al pensarse expuestas a un posible contagio.

En el área de observación [de labor] éramos como veinte o más, en una sola sala... estábamos en el pasillo, unas estaban como en el cubículo que les tocaba como camillas, pero no, a otras sí nos tocó enfrente de ellas, como si estuviéramos a pies de ellas pero en el pasillito, ahí mismo en esa misma sala (Alexa, 25 años, hospital público).

Esta saturación de los espacios no se vivió en las clínicas privadas, principalmente porque la infraestructura cuenta con elementos que desti-

nan espacios de privacidad e intimidad para las usuarias.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar la atención del parto institucionalizado durante la primera y segunda ola de la pandemia por SARS-CoV-2, a partir de la exploración cualitativa de los indicadores que la *Social Protection Human Rights* ha establecido para la garantía del acceso a la salud como derecho humano.

En la experiencia de las participantes, la atención hospitalaria regresó a prácticas que restan a la humanización del parto, constituyéndose en un retroceso en términos de derechos humanos de las mujeres y particularmente en materia de derechos reproductivos. Lo anterior es sumamente preocupante en un país como México, en el que la violencia obstétrica se ha reconocido como una forma de violencia contra las mujeres en los marcos jurídicos de 24 de las 32 entidades federativas y en seis ha sido tipificado como delito¹⁴.

La percepción del riesgo llevó a las mujeres a decidir trayectorias alternas de atención obstétrica, lo que ha sido reportado también, en estudios que anteceden al nuestro¹⁵, en nuestro estudio, dadas las condiciones sociodemográficas de las participantes, decidieron la trayectoria por el servicio médico privatizado, otros estudios realizados en poblaciones rurales y marginadas han señalado que la búsqueda de atención se dirige hacia parteras y matronas^{16,17}.

Si bien la elección de trayectorias alternas de atención obstétrica es un derecho ciudadano de las mujeres y sus familias, es necesario destacar que, en este caso, la modificación de las trayectorias de atención obedeció a la infodemia que enmarcó el fenómeno en todo el mundo, pero particularmente en América Latina, donde se ha señalado que los gobiernos mostraron indolencia frente a la generación y propagación de información falsa, inexacta o engañosa sobre el comportamiento de la enfermedad, las medidas para contenerla, y tampoco fueron convincentes respecto a la efectividad de los protocolos implementados en las instituciones¹⁸.

Consideramos preocupante el hecho de que la emoción de miedo haya enmarcado la toma de decisiones respecto a la atención, no sólo porque la psiconeuroinmunología habla de la potencialidad que tiene esta emoción para afectar la respuesta inmunológica¹⁹, sino también y principalmente, porque el miedo incide en el establecimiento de

prioridades de manera irreal, en este caso, en la búsqueda de evitar el contagio, las mujeres aceptaron condiciones y procedimientos innecesarios que no sólo no redujeron su riesgo, sino que propiciaron otros riesgos igual de relevantes, por ejemplo, la práctica de cesáreas o la separación prematura del binomio, prácticas que comprometen la instalación temprana de la lactancia, pues está documentado que iniciar la tetada dentro de los primeros treinta minutos de vida potencia el éxito en la lactancia y reduce significativamente el riesgo de muerte perinatal e infantil.

Autores que han documentando el impacto negativo de los protocolos de parto y cuidados del recién nacido durante la pandemia, han sido enfáticos en señalar que la manera en como se está afectando la lactancia puede tener repercusiones graves en un incremento del riesgo de enfermedades infantiles que han logrado contenerse gracias a la práctica de la lactancia, particularmente en las regiones más marginadas y empobrecidas²⁰.

Identificamos por otra parte, que en la imperiosa necesidad por dotarse de una certeza de inmunidad en medio de un caos de información y desconfianza, las mujeres apostaron por seguir la consejería médica, derivado de esto, contemplaron la cesárea electiva como un recurso válido para reducir o controlar el riesgo, aun cuando los protocolos internacionales fueron insistentes en desalentar la realización de cesáreas electivas con fines de reducción del riesgo, incluso en mujeres confirmadas como positivas a COVID, pues se ha descartado cualquier posibilidad de transmisión vertical del virus²¹.

Pese a lo antes señalado, se identificaron otras investigaciones en las que también, en el marco de la pandemia, se documentó un incremento significativo en el número de recién nacidos obtenidos mediante cesárea sin identificar razones convincentes para su realización²².

Quedó evidenciado por otra parte, el retorno a la experiencia del parto en soledad, esto también se documentó en investigaciones generadas en otros países, como Estados Unidos, España, Portugal, Brasil y Argentina^{15,23,24}. Sin embargo el aislamiento narrado por las participantes de este estudio resultó más dramático que el que se reporta en los anteriores, e incluso que el que se había documentado en México en prepandemia, ya que durante la pandemia, el aislamiento no se limitó a la negación del acompañamiento de un familiar o persona significativa, sino que, implicó además, un menor acercamiento del personal sanitario con las usuarias, situación que hasta hoy

no ha sido reportada en otro estudio, ya que si bien Viera documenta que en países como Brasil y Portugal suspendieron la presencia de doulas y visitantes dentro de las salas de parto, no documentaron alguna modificación o distanciamiento en las relaciones terapéuticas médico-usuaria y enfermera-usuaria, como se identificó en las narrativas de las participantes en este estudio¹⁵.

Si bien la negación del acompañamiento podría parecer un asunto menor, adquiere relevancia, toda vez que se ha documentado que esta práctica coloca a las mujeres en una mayor posición de vulnerabilidad, tanto física como emocional¹⁷, y que en tiempos de pandemia, se comporta como una variable doblemente estresora pues ya no prevalece solamente el temor ante un espacio desconocido, sino que ahora se configura en el imaginario como potencialmente contaminado²⁵, Sandler ha sido puntual además en señalar, que la ausencia de acompañamiento significativo incrementa las posibilidades de que las mujeres se vean presionadas para aceptar la realización de prácticas e intervenciones obstétricas innecesarias²².

La separación del binomio fue otra práctica que las mujeres narran haber vivido en sus experiencias de parto, pese a que, de manera temprana en la pandemia, los organismos internacionales reconocieron que promover el contacto piel a piel de forma temprana tendría un impacto positivo en el desempeño inmunológico del niño y en su adaptación al ambiente extrauterino, lo cual además, reduciría la necesidad de procedimientos y técnicas que demandan un contacto estrecho con el personal de salud²⁶. Quedó evidenciado por otra parte, la ausencia o el retraso en implementar adecuaciones en la organización de los servicios para contener el riesgo, esto coincide con lo que ha reportado otros estudios, respecto a que las unidades de salud involucradas no hicieron ningún esfuerzo por realizar ajustes de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales, con miras a minimizar la propagación exponencial de la enfermedad, reducir la carga sobre los sistemas de salud y evitar la expansión de la pandemia^{27,28}.

Consideraciones finales

En esta investigación pudo documentarse como en el marco de la pandemia por COVID-19, se vio violentado el derecho de las mujeres y sus hijos, a vivir partos humanizados y sustentados en protocolos científicos. La realización de cesáreas

innecesarias, la separación prematura del binomio y la imposición de aislamiento deja clara la frágil disposición y convencimiento del personal sanitario y las instituciones para garantizar, proteger y defender el derecho de las mujeres a vivir esta experiencia de vida libre de violencia, y cambiar el paradigma biomédicalizante en el que sustentan su práctica.

Es urgente fortalecer tras la pandemia, el activismo que pugna por nuevas formas de contemplar los cuerpos y los procesos de reproducirse

y nacer, reconociendo estas experiencias como rituales importantes de significar la vida misma, donde los cuerpos son medio de vindicación de la existencia humana y no medios de maquilación de los sujetos, y donde la forma de nacer sienta los pilares para el bien vivir y la vida digna, porque en términos de los aportes de los feminismos descoloniales, resignificar la manera en que concebimos el cuerpo y sus procesos, resignifica las formas en que nos relacionamos a través de ellos.

Colaboradores

KD Ríos González: construcción del protocolo, recolección y análisis de datos. YY Rangel-Flores: idea original, asesoría en la construcción del protocolo, asesoría en la recolección y análisis de datos, redacción del artículo.

Referencias

1. Infosalus. *La OMS alerta de que las embarazadas tienen mayor riesgo de COVID-19 grave* [Internet]. 2020 [acceso 2022 fev 13]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-oms-alerta-embarazadas-tienen-mayor-riesgo-covid-19-grave-20200824101653.html>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)* [Internet]. 2021 [acceso 2022 mar 2] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54283/EpiUpdate18May2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
3. Gobierno de México. Secretaría de Salud. *Informe epidemiológico semanal de embarazadas y púerperas estudiadas, ante sospecha de COVID 19. Semana Epidemiológica 30 de 2021, corte el 1º de agosto Período de análisis: SE-24 2020 a SE-30 2021* [Internet]. 2021 [acceso 2022 out 12] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/659451/30-Boletin-Sem30_EmbaPuerp_.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alerta Epidemiológica COVID-19 durante el embarazo* [Internet]. 2020 [acceso 2022 jan 12]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-durante-embarazo-13-agosto-2020>.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos* [Internet]. 2020 [acceso 2022 abr 19] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-recomendaciones-para-cuidado-integral-mujeres-embarazadas-recien-nacidos>.
6. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Las mujeres embarazadas y los bebés nacidos durante la pandemia de la Covid-19 se enfrentarán a unos sistemas de salud sobrecargados y a interrupciones en los servicios* [Internet]. 2022 [acceso 2022 dez 12]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mujeres-embarazadas-y-bebes-nacidos-durante-covid-19-enfrentaran-sistemas-salud-sobrecargados>.
7. Viola FI, Viola AM, Espinoza M. El racionalismo y la descorporalización moderna del parto: por una ecología del nacimiento. *Salud Colect* 2020; 16:e2548.
8. Vázquez D, Serrano S. *Los derechos en acción, principios y obligaciones de derechos humanos*. México: FLACSO; 2013.
9. Páramo D. La teoría fundamentada, metodología cualitativa de investigación científica. *Pensam Gest* 2015; 39:1-7.
10. Lugones M. Colonialidad y género: Hacia un feminismo descolonial. In: Mignolo W, compilador. *Género y descolonialidad*. Buenos Aires: Ediciones del Signo; 2008.
11. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Rev Med Chile* 2017; 145:373-379.
12. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med* 2013; 2(7):162-167.
13. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.
14. Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (GIRE A.C.). Violencia obstétrica. In: Gire AC. *La pieza faltante*. Ciudad de México: GIRE; 2018. p.79-109.
15. Viera M, Evia V. Parir y nacer en tiempos de COVID-19 en Uruguay. *Alteridades* 2021; 31(61):51-65.
16. Martínez TY. Reflexiones en torno al nacimiento en tiempos de pandemia de coronavirus en Leticia, sur de la Amazonia colombiana. *Mundo Amazonico* 2021; 12(1):139-150.
17. Volpanto F, Costa R, Maria de Lima M, Machado M, Messa I, Quitolina S. Parto domiciliar planejado no contexto da COVID: Informações para a tomada da decisão. *Texto Contexto Enferm* 2021; [Preprint].
18. Nieves GM, Manrique EF, Robledo AF, Grillo EK. Infodemia: noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2021; 45:1-8.
19. Sánchez M, González RM, Cos Y, Macías AC. Estrés y sistema inmune. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 2007; 23(2):1-8.
20. Furlow B. US NICUs and donor milk banks brace for COVID-19. *Lancet Child Adolescent Health* 2020; 4(5):P355.
21. De Sousa CE, Porfirio MA, Barrento AL, De Oliveira MT, Alves VH. Assistência ao recém-nascido na sala de parto durante a pandemia de COVID-19. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE03043.
22. Sadler M, Leiva G, Olza I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual Reproduc Health Matters* 2020; 28(1):1785379.
23. Arantes DS, Sartori DA, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(2):e202000551.
24. Castillo B. La pandemia no es excusa: parir en tiempos de derechos humanos. *Avatares Comunicación Cultura* 2020; 20:1-14.
25. Silva RA, Pacheco BFP, Guimarães IKS, Xavier M. Gravidez em tempos de COVID-19: como a mudança dos protocolos de biossegurança afetam a mulher no momento do parto e no puerpério: revisão de literatura. *Braz J Health Rev* 2021; 4(1):1356-1367.
26. Massó E, Triviño R. Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. *Enrahonar* 2020; 65:117-130.
27. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, Aaron J, Classeen J, Rabbani L, Hastie J, Hochman B, Salazar J, Yip N, Brodie D, O'Donnell M. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet* 2020; 395(10239):1763-1770.

28. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222(5):415-426.

Artículo presentado en 10/10/2023

Aprobado en 01/04/2024

Versión final presentada en 03/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva