



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Monografía Final de Grado

Embarazo y maternidad en tiempos de
COVID-19:
Perspectivas de las mujeres y el personal de salud en
Maldonado

Analía Paguas Alvarez
Tutora: Natalia Magnone

Montevideo, Uruguay, 2024

Índice:

Introducción	2
I.1 Presentación del tema:	4
I.2 Tema	7
I.3 Objetivos Generales y Específicos	7
I.4 Justificación	8
I.5 Estrategias Metodológicas	11
Capítulo dos: El campo de la Salud y la Pandemia por COVID-19	14
II.1 Salud	14
II.2 La pandemia por COVID-19	17
II.3 COVID-19 en el ámbito de la Salud	20
II.4 COVID-19 en mujeres embarazadas	22
Capítulo tres: Violencia obstétrica en Uruguay en épocas de pandemia por COVID-19	25
III.1 Violencia	25
III.2 Violencia de género	26
III.3 Violencia obstétrica	28
Capítulo cuatro: Análisis: Experiencias de las mujeres de Maldonado en procesos reproductivos durante la pandemia de COVID-19: Un enfoque en los desafíos obstétricos entre 2020 y 2021	32
IV.1 Embarazo:	32
IV.2 Parto:	37
IV.3 Posparto:	41
IV.4 Violencia obstétrica:	45
Reflexiones finales:	47
Referencias Bibliográficas	50
Fuentes documentales	53
Anexos:	55
Pauta de entrevista Mujeres madres	55
Pauta de entrevistas personal de salud	57

Introducción

El presente documento, corresponde a la Monografía Final de Grado, enmarcada dentro de las exigencias académicas para la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La monografía se compone de cuatro capítulos. En primer lugar, se encuentra la presentación del tema: “La vivencia del embarazo, parto y posparto durante el desarrollo de la pandemia del Covid-19”. Además se plantea el objetivo general y los objetivos específicos que guiaron la investigación.

El objetivo general consiste en “Examinar la atención obstétrica en Maldonado durante la pandemia de COVID-19, evaluando cómo se implementaron los derechos reproductivos de las mujeres”.

Para llevar a cabo esta investigación, se establecieron los siguientes objetivos específicos: Conocer las vivencias experimentadas por mujeres de Maldonado que transitaron procesos reproductivos en el marco de la pandemia por COVID-19 entre los años 2020 y 2021 con especial énfasis en el cumplimiento de los derechos obstétricos. Analizar las normativas implementadas durante la pandemia en relación al embarazo parto y posparto, y cuáles se mantienen al día de hoy. Indagar sobre el conocimiento que las mujeres tienen sobre sus derechos reproductivos y qué acciones implementaron para su cumplimiento en la pandemia por COVID-19. Y por último conocer según la perspectiva médica qué efectos pudo generar la situación de pandemia en el embarazo, parto y posparto de una mujer.

Siguiendo con la justificación, se relata el motivo por la elección de esta temática la cual surge por la experiencia durante las prácticas preprofesionales en la Policlínica Colón, donde se tuvo contacto con el Plan Aduana, y en la Policlínica Casabó durante el año 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia por COVID-19.

Otro motivo, es debido a que hasta el momento no existen estudios que aborden específicamente la violencia obstétrica en la ciudad de Maldonado en este periodo.

Para abordar la investigación propuesta, se ha adoptado la utilización de una estrategia cualitativa. Inicialmente, se llevó a cabo una recopilación de información y luego un análisis documental. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo en primer lugar, a cinco mujeres de la ciudad de Maldonado que fueron

madres durante el periodo de estudio; en segundo lugar, se entrevistó al personal de salud que trabajó durante ese mismo periodo en la atención del embarazo parto y posparto, tanto en el ámbito público como en el privado.

En el capítulo dos, titulado “El Campo de la salud y la pandemia por COVID-19”, se analiza el concepto de salud, enfocándose luego en el contexto de la salud en Uruguay y el papel crucial de los médicos durante la pandemia de COVID-19. Se analiza la evolución de la pandemia, incluyendo las medidas preventivas adoptadas y su impacto en el ámbito de la salud. Asimismo, se examina la experiencia de las mujeres embarazadas, analizando las acciones estatales, las recomendaciones recibidas y las medidas implementadas para cuidar su salud y la de sus hijos durante este periodo.

En el tercer capítulo, titulado: “Violencia obstétrica en Uruguay en épocas de pandemia por COVID-19” se explora el concepto de violencia, centrándose en la violencia de género para luego adentrarse a la violencia obstétrica, definiéndose y examinando su presencia en Uruguay durante la pandemia de COVID-19.

En el cuarto capítulo titulado “Análisis: Experiencias de las mujeres de Maldonado en procesos reproductivos durante la pandemia de COVID-19: Un enfoque en los desafíos obstétricos entre 2020 y 2021”, se llevará a cabo un análisis de los datos obtenidos de las entrevistas previamente mencionadas, integrándolos con la información recopilada de la bibliografía consultada.

Para concluir, en las reflexiones finales se presentaron las principales conclusiones del estudio y se señalaron posibles áreas a indagar para investigaciones futuras. Además, se destacarán las fortalezas y debilidades identificadas durante la elaboración de la monografía.

I.1 Presentación del tema:

El presente documento, tiene como fin estudiar la vivencias experimentadas por las mujeres de la localidad de Maldonado, durante el embarazo, el parto y el posparto ante la especial situación surgida a partir de la pandemia por COVID-19 que se enfrentó a nivel mundial y también en Uruguay entre los años 2020 y 2021, pudiendo visualizar sus secuelas en la actualidad. El Coronavirus no solo afectó a las mujeres embarazadas, sino que también impactó en la vida de todos los seres humanos.

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus. Tanto este virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos hasta el 31 de diciembre del año 2019, año en que la OMS tuvo conocimiento por primera vez del mismo, “tras la notificación de un conglomerado de casos de la llamada neumonía viral, ocurridos en Wuhan (República Popular China)” (Organización Mundial de la Salud[OMS], 2020).

En Uruguay, se declaró la emergencia nacional sanitaria el 13 de marzo de 2020, bajo el Decreto N° 93/020. Ello implicó la implementación de algunas medidas de prevención como por ejemplo, el uso de mascarillas en espacios muy concurridos y cerrados, mantener distanciamiento social, buena higiene de manos, tener precaución al toser o estornudar y vacunarse contra dicho virus. También, desde el gobierno se limitó la movilidad de la población, llamando a los ciudadanos a “Quedarse en casa”. Estrategias que implicaron el cierre de fronteras, cierre de centros educativos, suspensión de espectáculos públicos, incitación a evitar aglomeraciones de personas, restricciones en la concurrencia a reuniones públicas y privadas, cierre de centros turísticos. En el ámbito laboral, en el caso de poder y contar con los medios se fomentaba el teletrabajo. También, se promovió el aislamiento ante sospechas o la confirmación de la enfermedad por prestadores de salud.

A su vez, la pandemia por COVID 19 provocó grandes cambios específicamente en la atención médica. El 15 de marzo, dos días después de declarada la emergencia sanitaria, la Dirección General de la Junta Nacional de Salud de Uruguay, (JUNASA), emitió un comunicado en donde

se apelaba a la responsabilidad y solidaridad de la población, solicitando a los ciudadanos a minimizar la concurrencia a centros asistenciales, limitándola a situaciones de gravedad. A su vez, los prestadores de salud quedaron autorizados a dar

prioridad a la atención domiciliaria y a la utilización de medios alternativos de atención (Telemedicina) para control y seguimiento de patologías no graves (Rev. Méd. Urug, 2021,p.2)

Tomando los aportes del Informe de la Encuesta sobre Salud y Acceso a Cuidados Médicos Durante la Pandemia en Uruguay (2020), se alude que los entrevistados que tenían algún estudio médico, tratamiento en curso o procedimiento agendado como por ejemplo ecografías, colocación de DIU, mamografía, cirugías, radiografías, etc, sólo el 10,7% pudo realizar todo, el 17,3% pudo realizar solamente alguno, mientras que el 72% no pudo realizar ninguno de los estudios nombrados.

Al principio de la pandemia la población de riesgo, según la Organización Mundial de la Salud, eran las personas mayores de 60 años, las personas que sufrían alguna enfermedad grave, o que tenían algún problema médico, las personas con obesidad o cáncer y las que no estaban vacunadas. En el caso de las mujeres embarazadas se afirmaba que mayoritariamente presentan cuadros leves o asintomáticos de la enfermedad (Serna et al, 2020; Marañón et al, 2020) por tanto no eran consideradas población de riesgo.

En mayo del año 2021, se consideró a las gestantes como población de riesgo frente al COVID-19 en Uruguay dado que según una noticia publicada en diario El País 2021, afirma que al menos cinco embarazadas o parturientas, debieron ser internadas en CTI por presentar cuadros graves de la enfermedad.

Según la Universidad de la República, “el primer semestre de 2021 fallecieron 10 mujeres en período de gestación en Uruguay, por complicaciones derivadas del COVID-19. Hasta julio de 2021 la mortalidad materna durante el embarazo para toda la población del país fue tres veces mayor que la que se registró en el último período estudiado, del 2015 al 2019” (Briozzo,2021)

Los prestadores de salud han experimentado cambios debido al incumplimiento de la Ley de Acompañamiento al Parto (Ley 17.386), que garantiza el derecho de toda mujer a ser acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. Esta situación de pandemia por COVID-19 ha llevado a la prohibición de que las mujeres ingresen acompañadas a consultas, ecografías e incluso en el momento del nacimiento.

Como resultado, el Ministerio de Salud Pública emitió recomendaciones especiales para las mujeres embarazadas y los recién nacidos, especialmente para aquellas que eran

asintomáticas y no habían estado en contacto con personas portadoras del virus. Entre las recomendaciones del MSP (2020) se destacaron: reducir al máximo el contacto social, reforzar las medidas de prevención, realizar cursos de preparación para el nacimiento en formato virtual en lugar de presencial, asistir a los controles obstétricos sola o acompañada por una sola persona, y extremar los cuidados en las salas de espera. Para las mujeres asintomáticas, la atención durante el parto se llevaría a cabo siguiendo las prácticas habituales descritas en los manuales y guías del MSP, respetando además la Ley 17.386 sobre el acompañamiento en el parto. Durante el trabajo de parto, solo se permitiría la presencia del acompañante elegido por la madre.

La OPS (2020) destaca la importancia de que la mujer esté acompañada durante todo el proceso de parto. Además se enfatiza en el impacto positivo que tiene el contacto piel con piel y la lactancia materna aún en mujeres con el virus COVID-19 confirmado.

Ante esto cabe preguntarse, ¿estas recomendaciones fueron aplicadas por todos los servicios de salud estudiados?, ¿las mismas generaron consecuencias sobre estas mujeres?. ¿Se vieron afectados los derechos reproductivos de la mujer, en particular los derechos obstétricos?.

La pandemia tuvo un impacto significativo en el sistema de salud, afectando a todos los usuarios, especialmente a las embarazadas. Esto pudo interferir en su atención durante el trabajo de parto, el parto y el pos parto.

La violencia obstétrica, reconocida como una forma de violencia de género, afecta a mujeres durante el embarazo y el posparto. Esta modalidad de violencia está contemplada en la Ley 19.580 sobre Violencia hacia la Mujer basada en Género, y surge como resultado de prácticas inadecuadas dentro de los equipos de salud.

La violencia de género es según la Ley 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género “toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres” (art 4)

Específicamente, la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, violencia hacia las mujeres ejercida en el campo de la atención de la salud reproductiva. Siguiendo con los aportes de MYSU (2022) es ejercida por el personal de salud sobre las niñas, las

adolescentes, las mujeres y las personas con capacidad de gestar. Esto se produce durante el parto o partos por cesárea, también en el posparto, en los abortos o en una emergencia obstétrica.

Según Arguedas (2014) la violencia obstétrica refiere a “ un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y postparto” (Arguedas, 2014.P.146,147).

Y en el artículo sexto, inciso H de la Ley N° 19.580 se define a la misma como “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”.

Tomando los aportes de la encuesta online realizada por Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay en el año 2022, se alude que “casi el 56% de quienes respondieron experimentaron alguna situación de violencia obstétrica, 3 de cada 10 afirman haber experimentado situaciones de este tipo en los últimos 5 años” (MYSU,2022)

En relación a lo anteriormente planteado a continuación se expresarán el tema y los objetivos que guiarán esta Monografía.

I.2 Tema

La vivencia del embarazo, parto y posparto durante el desarrollo de la pandemia del Covid-19

I.3 Objetivos Generales y Específicos

Objetivo general.

- Examinar la atención obstétrica en Maldonado durante la pandemia de COVID-19, evaluando cómo se implementaron los derechos reproductivos de las mujeres .

Objetivos específicos.

- Conocer las vivencias experimentadas por mujeres de Maldonado que transitaron procesos reproductivos en el marco de la pandemia por COVID-19 entre los años 2020 y 2021 con especial énfasis en el cumplimiento de los derechos obstétricos
- Analizar las normativas implementadas durante la pandemia en relación al embarazo parto y posparto, y cuáles se mantienen al día de hoy.
- Indagar sobre el conocimiento que las mujeres tienen sobre sus derechos reproductivos y qué acciones implementaron para su cumplimiento en la pandemia por COVID-19.
- Conocer según la perspectiva médica qué efectos pudo generar la situación de pandemia en el embarazo, parto y posparto de una mujer.

I.4 Justificación

El motivo por el cual se desea estudiar este tema surge a partir de la confluencia de diferentes puntos. Por un lado, se produce un primer acercamiento al tema mujeres embarazadas y parturientas a partir de las prácticas preprofesionales realizadas en la Policlínica Colón en el año 2018, donde se participó del Plan Aduana, trabajando en conjunto con una ginecóloga.

Por otro lado, en el segundo año de práctica realizado en el año 2020 en la Policlínica Casabó, se anuncian los primeros casos de Coronavirus en el país declarando así la emergencia sanitaria. Ello impactó en el proceso educativo afectando el transcurso del curso ya que el ámbito de la salud fue uno de los más comprometidos, generando consecuencias en toda la población en especial en las mujeres embarazadas.

Tras culminar el curso, y sumado al interés por estudiar este tema, la estudiante comienza a interiorizarse en lo que es la violencia obstétrica. Por tal motivo, se tomó contacto con algunas organizaciones sociales que trabajan en este ámbito. Un ejemplo de ello fue Gestar Derechos, organización fundada durante la pandemia, la cual aborda temas vinculados al parto humanizado, lactancia y violencia obstétrica, con perspectiva de género, especialmente bajo la emergencia sanitaria por COVID-19.

El término violencia obstétrica empezó a ser más visible según la Universidad de la República (2023) cuando “se introduce en la legislación uruguaya en la Ley 19580 de 2018.

Cuando se reglamenta esta ley se describe con gran importancia el plan de parto” pero muchas mujeres aún no son conscientes de que vivieron este tipo de violencia, naturalizando los procesos vividos.

La violencia hacia la mujer, muchas veces está más relacionada con la violencia de género manifestada a través de golpes, maltratos físicos o verbales, y no tanto como la violencia obstétrica, que se produce por parte del personal de la salud hacia la mujer. Por ejemplo, la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones expresa que “En 2019, 76,7% de las mujeres de 15 años y más que residen en Uruguay reportan situaciones de violencia basada en género (...), a lo largo de la vida, en alguno de los ámbitos relevados”¹

Dentro de estos ámbitos, la violencia obstétrica también se destaca, con un 17,4% de las mujeres de 15 años o más indicando haber experimentado situaciones de violencia obstétrica durante su último parto o cesárea.

Otro de los motivos por lo cual se eligió este tema de estudio es porque interesa conocer a través del Trabajo Social las vivencias que tuvieron las mujeres durante la pandemia en su embarazo, parto y posparto, analizando si estos eventos estuvieron en consonancia con el respeto de sus derechos, y si las mujeres pudieron ejercer la capacidad inherente a la ciudadanía reproductiva, que implica “apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva”(Castro,Ervti,2015, p.40). Así como también siguiendo con los aportes de los autores, si las mujeres tuvieron la capacidad de reclamar una atención médica exenta de autoritarismo por parte de los servicios de salud, especialmente considerando que muchas de ellas en su embarazo fueron consideradas población de alto riesgo a causa del virus.

Si bien en referencia a la violencia obstétrica existen Monografías de Grado en Trabajo Social, no así en el contexto de la pandemia por COVID-19, dado que al ser un tema relativamente reciente todavía no se encuentran documentos en formato digital. Sí existen artículos e investigaciones realizadas por docentes de la Facultad y por instituciones donde abordan la violencia obstétrica en épocas de pandemia.

Entre estos documentos se encuentran las “Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19

¹ Recuperado en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional.pdf> Acceso [08/10/2023]

(2020)", "COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacido (2020)" el artículo "Enfermedad infecciosa por coronavirus (COVID-19) en la mujer embarazada y el neonato: impacto clínico y recomendaciones". De Serna, C.; Moreno, V.; González, M.Cruz, J.M. (2020), "Mortalidad por COVID-19 de embarazadas afecta más a la población más vulnerada en sus derechos" De Leonel Briozzo (2021) "Derechos Sexuales y Reproductivos en Tiempos de COVID-19 con Énfasis en los Procesos de Embarazo y Parto en Uruguay" De Romina Gallardo Duarte y María de la Paz Echetto (2021) Y "Parir y Nacer en Tiempos de COVID-19 en Uruguay" de Mariana Viera y Victoria Evia (2021).

Por otro lado, se encontró una Monografía de la Facultad de Psicología donde se aborda este tema, pero desde una revisión bibliográfica.

La cual fue elaborada por Gabriela Leticia Moreno Reina en el año 2021, titulada "Mujeres embarazadas y parturientas ante las medidas de contención frente al COVID-19. Una mirada en clave de Derechos". El método que se utilizó fue la investigación documental con un tipo de revisión descriptiva. Deseando analizar las repercusiones en la salud de las mujeres que transitaron su embarazo y su parto durante la emergencia sanitaria por el Covid-19.

El estudio del tema desde el Trabajo Social es importante por que se manifiesta de diferentes formas en la práctica profesional. Los trabajadores sociales interactúan con mujeres en edad reproductiva, trabajando en la promoción y protección de sus derechos en salud sexual y reproductiva. Donde se interconectan políticas sociales que tienen un vínculo directo con la maternidad, abarcando desde el período de gestación hasta el posparto. Entre estos aspectos se incluyen, la atención prenatal, los subsidios y prestaciones, la licencia por maternidad, la ley de interrupción voluntaria del embarazo, y la prevención de embarazos en adolescentes.

En este marco, el concepto de ciudadanía reproductiva cobra especial relevancia. Según Castro (2010), la ciudadanía reproductiva "se refiere a la capacidad de las mujeres para apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva"(p.55) destacando que el acceso a estos derechos no solo mejora la calidad de vida de las mujeres, sino que también influye en su participación y reconocimiento como ciudadanas plenas. Así, el Trabajo Social no solo facilita la implementación de políticas que afectan la maternidad, sino que también desempeña un papel esencial en la promoción de una ciudadanía reproductiva equitativa, garantizando que todas las mujeres puedan acceder a los recursos necesarios para ejercer sus derechos reproductivos de manera efectiva.

La dimensión investigativa del Trabajo Social contiene múltiples expresiones, lo que para Claramunt (2009) se manifiesta de diferentes formas en la práctica profesional e implica el desarrollo de estudios acerca de la realidad en la que por lo general interviene. El Trabajador Social debe conocer los derechos reproductivos de las mujeres para poder promover, proteger y asegurar que estas puedan ejercer plenamente sus derechos, percibiendo a la misma como una ciudadana con derechos y no solamente como una paciente.

Además otro dato importante a destacar es que ninguno de los documentos encontrados hace referencia a la localidad de Maldonado, lugar donde se llevará a cabo esta Monografía.

I.5 Estrategias Metodológicas

En el presente trabajo se utilizó una estrategia cualitativa. En esta el investigador o la investigadora es el instrumento clave para recopilar datos al examinar documentos, para observar el comportamiento o para entrevistar a las y los participantes. Además “durante todo el proceso de investigación cualitativa, el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión, no en el significado que los investigadores le han dado ni a lo que expresa la literatura al respecto” (Batthyány et al., 2011,p.78)

Como primera técnica se utilizó una recopilación de información y luego el análisis documental para sistematizar y comprender el tema planteado. Esta técnica implicó la recolección de información a través de la revisión de datos documentales previamente reunidos por la prensa, sitios web (como el de la Universidad de la República), revistas y artículos relevantes. También se incluyó el análisis de leyes pertinentes, como la Ley 19.580 sobre Violencia hacia la Mujer basada en Género y la Ley 17.386 de Acompañamiento al Parto. Además, se consideraron fuentes de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud Pública, Gestar Derechos y MYSU. Esta técnica resulta esencial para la investigación, ya que proporciona información clave previamente recopilada.

Luego, se continuó con un acercamiento al tema a través de la realización de entrevistas. “se entiende como una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número

considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; y, f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado” (Corbetta, 2007, p.344)

En este caso se efectuaron entrevistas semiestructuradas definidas según Corbetta (2007) como las que se elaboran previamente con una serie de preguntas y temas que se abordarán a lo largo de la entrevista. Estas pueden variar el orden, la presentación de los temas, y el modo de formular las preguntas.

el entrevistador dispone de un guión, con los temas que debe tratar en la entrevista. Sin embargo, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas. En el ámbito de un tema determinado, el entrevistador puede plantear la conversación de la forma que desee, plantear las preguntas que considere oportunas y hacerlo en los términos que le parezcan convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistador que le aclare algo que no entiende o que profundice sobre algún aspecto cuando lo estime necesario, y establecer un estilo propio y personal de conversación (p.344)

Las entrevistas se llevaron a cabo en la ciudad de Maldonado, a 5 mujeres que han sido madres en los centros de salud tanto públicos como privados, durante el período comprendido entre marzo de 2020 y el año 2021. Para facilitar el proceso de selección, se optó por realizar el método bola de nieve que según Olabuénaga (2012) afirma que algunos individuos pueden ser considerados como los más adecuados y representativos de la población a estudiar debido a su comprensión de la situación o del problema en investigación. Alternativamente, otros participantes pueden ser contactados por el investigador a través de sujetos que ya han sido entrevistados anteriormente.

Esta selección se basa en el hecho de que han transcurrido dos o tres años desde el parto al momento de la encuesta, lo que dificulta el acceso a servicios de salud y limita el contacto directo con las mujeres madres. El método bola de nieve, resulta adecuado en este contexto, ya que permite identificar a mujeres que fueron madres durante este período y, a través de ellas, establecer contacto con otras mujeres que también experimentaron la maternidad en ese mismo intervalo.

En segundo lugar, se entrevistó a médicos ginecólogos, parteras y enfermeras de dichos centros de salud, que trabajaron durante la situación de pandemia por Covid 19 en Uruguay. Entendiéndose por ellos como Informantes calificados, estos, “cumplen un rol fundamental en una investigación como conocedores expertos del tema que se pretende investigar. Se encuentran en un lugar privilegiado y poseen información que puede ser de utilidad para contextualizar el fenómeno a estudiar y nos pueden acercar al ámbito en el que se producen los hechos”(Batthyány, Cabrera, 2011,p.90)

El escenario donde se efectuaron las entrevistas con las mujeres madres fue en sus domicilios y en el caso de los referentes de salud se llevaron a cabo en su lugar de trabajo. A grandes rasgos se intentó conocer cómo experimentaron las mujeres el embarazo, el parto y el posparto durante la pandemia, si se sintieron violentadas por algún hecho vivido durante ese proceso, como también si pudieron ser acompañadas durante estos procesos. En el caso de los médicos, coincidieron en que sí existieron cambios en la pandemia que afectaron la vivencia del embarazo, parto y el posparto de las mujeres.

La información brindada tanto por las entrevistadas como por los referentes de salud ayudó a dar respuesta a los objetivos planteados. Se ha garantizado la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas, mediante el uso de seudónimos en lugar de sus nombres reales. A continuación, se presentará un cuadro de presentación con estos seudónimos.

Tabla 1: Sistematización de entrevistas realizadas a 5 mujeres de la Ciudad de Maldonado que fueron madres en épocas de Pandemia por Covid-19

Nombre	Edad	Primer embarazo?	Atención pública o privada	Parto natural o cesárea
Mariana	38 años	Si	Pública	Cesárea
Sofía	31 años	Si	Privada	Natural
Ana	29 años	No, segundo	Privada	Cesárea
Lucía	29 años	No, el tercero	Privada	Natural
Florencia	30 años	No, segundo	Privada	Natural

Tabla 2: Sistematización de entrevistas a profesionales de la salud que trabajaron en épocas de pandemia por Covid-19

Profesión	Trabajo durante la pandemia	En sector público o privado
Licenciada en enfermería	si	Público y privado
Ginecóloga	Si	Privado
Licenciada en enfermería	Si	Privado
Obstetra Partera	Si	Público y privado

Capítulo dos: El campo de la Salud y la Pandemia por COVID-19

En el presente capítulo, se comenzará explorando el concepto de salud para luego adentrarse en el ámbito de la salud en Uruguay, poniendo especial énfasis en el rol de los médicos durante la pandemia de COVID-19.

En segundo lugar, se abordará la pandemia por COVID-19 y su desarrollo, destacando las medidas preventivas que se tomaron en el país, realizando una comparación con otros países. Se hará especial hincapié en el impacto de la misma en el ámbito de la salud.

Finalmente, se examinará la experiencia de las mujeres embarazadas durante la pandemia. Se analizará cómo el Estado consideró su situación, las recomendaciones específicas que recibieron para transitar el embarazo, parto y post parto, así como las medidas implementadas para proteger su salud y la de sus bebés.

II.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud en su Carta Constitucional en 1946, definió la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1)

Esta definición es relevante por su institucionalidad marcando un significativo avance en la comprensión universal de la salud. Se puso en vigencia a partir del año 1948, teniendo un enfoque de reconocimiento de la salud desde una perspectiva más amplia, considerando aspectos mentales y sociales además de los criterios físicos previamente manejados en épocas anteriores. Esta transformación permitió una redefinición positiva de la salud, representando un gran avance. Durante un largo periodo, la salud había sido concebida en términos negativos, vinculándola a la ausencia de enfermedad e invalidez.

La reforma de salud que se empezó a instrumentar a partir del 2007 en el Uruguay, partió del concepto de salud elaborado por los Doctores Hugo Villar y Roberto Capote especialistas en Administración de Servicios de Salud, quienes afirman que:

La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad; resultado de la interacción entre los individuos y su medio; que condiciona niveles de bienestar físico, mental y social; permite desarrollar una actividad social y

económicamente productiva; está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad; constituye un inestimable bien social y su atención es un derecho humano fundamental (Villar, 2009, p.26)

Varios actores presentan roles importantes en las prestaciones de servicios de la atención médica, el Gobierno, las Instituciones de salud, los Profesionales de la salud, las Organizaciones internacionales de salud, las Organizaciones no gubernamentales.

La salud está representada principalmente por la figura del médico, Freidson (1978) los caracterizó como "empresarios morales" debido a su poder para determinar y distinguir entre lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal, y las acciones que hay que tomar para corregirlo. Esta autoridad no se limita a su campo de trabajo, sino que también se extiende a la sociedad en su conjunto, adquiriendo un lugar privilegiado en nuestra sociedad.

Por su parte Bourdieu (1988) define a las estructuras sociales como campos sociales, entendiendo a los campos como “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (p.108). El campo implica siempre un esquema relacional de posiciones donde se desarrollan, luchas por el control y la influencia, así como la producción y reproducción de prácticas culturales y sociales.

El autor aplica su concepto de "campo" a diversas esferas de la sociedad, siendo el campo médico uno de ellos. Incluye a aquellos agentes e instituciones de salud que “ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello” (Castro, 2015, p.44).

El campo médico es generado por un sistema de subjetividades, siendo una de ellas el habitus médico el cual no es estático y evoluciona. El espacio educativo es donde cada profesión conforma su propio habitus. Y al momento de incorporar su habitus profesional, a su vez se incorpora el sentido práctico, “de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu,1997,p.40), que determinará las prácticas intuitivas que los profesionales del campo desarrollan frente al cambio del modelo de atención propuesto.

Uruguay cuenta con un sistema de salud de cobertura universal conocido como el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el cual está regulado por la Ley 18.211 (2007). En el se “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de

salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”(art 1). A Través de un Seguro Nacional de Salud (SNS), que es financiado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), extendiendo obligatoriamente la cobertura médica de los trabajadores a su núcleo familiar (BPS, 2007)

La pandemia por COVID-19, al tratarse de un fenómeno novedoso a nivel mundial, ha provocado transformaciones significativas en todos los aspectos de la sociedad, especialmente en el campo médico. Estos cambios han representado una amenaza para los equilibrios previamente establecidos, y ante estas “las estrategias de los agentes y de las instituciones dependen de la posición que ocupen en la estructura del campo y que, por mediación de las disposiciones constitutivas de su habitus les impulsa, ya sea a conservar, ya sea a transformar la estructura de esta distribución, por lo tanto a perpetuar las reglas del juego en vigor o a subvertirlas” (Bourdieu, 1997,p.63-64).

Durante la pandemia, los médicos debieron adaptar su habitus médico para enfrentar una enfermedad desconocida con una rápida evolución. Esta situación ha llegado a adquirir nuevos conocimientos y habilidades para abordar los desafíos que presenta el COVID-19. Los profesionales del campo médico, incluyendo epidemiólogos y autoridades de salud, han participado en una lucha constante para definir la enfermedad y establecer medidas de control. Aquellos involucrados en la investigación de este nuevo virus han ganado prestigio profesional y capital científico gracias a su participación.

Además, la pandemia ha demostrado la interacción del campo médico con otros campos sociales, como el científico, el político y el económico. Las decisiones relacionadas con las políticas de salud, el financiamiento para la atención médica, las medidas tomadas y las restricciones a la movilidad han sido el resultado de interacciones entre diversos actores. “Ello supone la búsqueda de estrategias de adaptación a los nuevos contextos, a los cambios en la figura del paciente y de su familia de parte de los profesionales de la salud y las instituciones prestadores de salud” (Batthyany et al., 2018,p.102).

En Uruguay el campo médico se relacionó con diversos actores y campos sociales para afrontar la crisis sanitaria causada por el COVID-19. Por ejemplo con el Ministerio de Salud Pública, para desarrollar estrategias de prevención, control y manejo de la pandemia. Con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para acceder a pautas y recomendaciones globales. Con los medios de comunicación para difundir información relevante sobre la pandemia, promover medidas de prevención y fomentar la confianza en las estrategias implementadas. También con diferentes especialidades médicas, con el personal sanitario, los hospitales y las mutualistas para

garantizar una atención adecuada a los pacientes con COVID-19. Además de tener interacción con actores del campo político y económico. Los médicos dentro de los servicios de salud tuvieron siempre un importante poder sobre la salud de los pacientes, que en la época de pandemia por COVID-19 tuvo un aumento significativo debido a la naturaleza urgente y compleja de la crisis sanitaria. Los médicos tenían que tomar decisiones rápidas y fundamentadas en la atención de los pacientes dado que era una situación nueva y no se conocía sobre el virus, ni qué tratamientos llevar a cabo. Esto llevó a los médicos a la toma de decisiones basadas en la mejor información que se disponía en ese momento.

Dado que la pandemia puso una gran presión sobre los sistemas de salud, causando en algún periodo de tiempo una escasez de recursos, (camas, equipos médicos), los médicos tuvieron que tomar decisiones sobre cómo asignar esos recursos y a quienes dar prioridad durante el tratamiento.

Por otro lado, se crearon protocolos de atención para los pacientes con COVID-19, lo que otorgó a los médicos pautas claras para tomar decisiones en ciertas situaciones.

Estos protocolos también dejaron espacio para que los médicos ejercieran su poder en otro tipo de consultas, como por ejemplo la sustitución de las consultas presenciales por la Telemedicina, desempeñando ésta un papel crucial durante la pandemia para reducir la propagación del virus.

II.2 La pandemia por COVID-19

En marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la Emergencia sanitaria a nivel mundial debido a la pandemia por Coronavirus, también conocida como COVID-19. Esta es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, hallándose el primer brote de esta enfermedad en año 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Tanto el virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos hasta ese entonces. Por tanto, el mundo se enfrentaba a una situación nueva en cuanto a las formas de su abordaje.

La infección por COVID-19 determina un síndrome agudo respiratorio severo (SARS). La mayor afinidad del COVID-19 (comparado con otros virus que generan SARS) por la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) presente a nivel del aparato respiratorio y digestivo, explica la mayor facilidad de contagio, la pandemia actual y la sintomatología clínica (MSP,2020,p.4)

La enfermedad se manifiesta clínicamente como una infección respiratoria alta, los síntomas de presentación del COVID-19 son diversos, la mayoría de las personas presentan, tos, fiebre, falta de aire, alteraciones del gusto y/o del olfato, diarrea, mialgia, disminución del apetito. Y una de las complicaciones más frecuentes es la neumonía. La enfermedad puede variar desde formas leves hasta cuadros más graves, requiriendo en algunos casos hospitalización e incluso provocar la muerte, especialmente en la población de riesgo. Comprendiendo a estas como las personas de 70 años o más, los menores de 70 años con una afección de salud subyacente; y las personas que presentan enfermedades respiratorias crónicas.

Esta nueva situación no solo impactó en la salud de toda la población, sino que la pandemia mundial ha traído consigo grandes desafíos a nivel global, en el ámbito social, económico, cultural, científico y político. “Los Estados a través de sus diferentes gobiernos, han establecido estrategias con el fin de prevenir el contagio local, que han tenido en cuenta en menor o mayor medida la garantía de los derechos humanos establecidos y consagrados por la comunidad internacional”(Gallardo, Echeto,2021,p.48)

Para frenar la rápida propagación del virus en Uruguay el Estado implementó diversas medidas de prevención para controlar su transmisión. El Decreto 0093/2020 estableció el uso de mascarillas en lugares públicos, la suspensión de todos los espectáculos públicos, cierre preventivo y provisorio de los centros turísticos termales públicos y privados, suspensión de eventos públicos y privados que impliquen la aglomeración de personas, extremar las medidas de limpieza y desinfección en todos los espacios de los establecimientos públicos y privados, el lavado frecuente de manos, entre otros aspectos.

Uruguay implementó una estrategia de detección temprana del virus y un seguimiento de los casos para detener su propagación. En el caso de tener sospechas de haber contraído el virus, la persona se debía comunicar con un centro de salud para la realización de una prueba de hisopados para alcanzar un diagnóstico seguro. Se priorizó a las personas con síntomas compatibles con COVID-19, contacto cercanos de personas con casos confirmados, personas con factores de riesgo y también trabajadores de sectores específicos, como por ejemplo el ámbito de la salud.

Para la realización del mismo se han seguido protocolos específicos para garantizar la seguridad tanto del personal de salud como de los individuos que se someten a los hisopados

como por ejemplo realizarlo desde el auto, y que la persona que lo realizaba cuente con la protección determinada.

Mientras se esperaba el resultado de la prueba, que demoraba entre 24 y 48 horas, la persona debía mantenerse en aislamiento. Uruguay desarrolló una aplicación llamada “CoronavirusUY”, que no solo publicaba los resultados de las pruebas, sino que también permitía acceder al Certificado de vacunación contra el COVID-19.

En primer lugar, los centros de salud eran los únicos que realizaban los hisopados, hasta que se comercializaron en algunas farmacias o clínicas privadas con un costo adicional pero dando el resultado más rápido.

Con el fin de prevenir la propagación del virus COVID-19 se aliaron las medidas, bajo el Decreto 0094/2020, adaptándose medidas como, la prohibición de desembarcar en el país los pasajeros y tripulantes de cruceros y buques, no viajar fuera del país, promover en caso de ser posible el teletrabajo.

Estas estrategias tuvieron el fin de limitar la movilidad de la población, llamando a la población a “Quedarse en casa” y recomendando únicamente el ejercicio de actividades consideradas esenciales.

Para hacer frente a esta situación, se desarrollaron y administraron vacunas contra el COVID-19 en diferentes países. Las mismas demostraron ser eficaces para prevenir la enfermedad o reducir su gravedad en caso de infección. La vacunación masiva se convirtió en una estrategia clave para controlar la propagación del virus y permitir la vuelta a la normalidad.

Uruguay adoptó un enfoque diferente en comparación con otros países, cuando se habla de las medidas tomadas por el COVID-19. En otros países como Argentina se implementaron estrictas cuarentenas y confinamientos a nivel nacional o también regional mientras que en Uruguay se optó por medidas más flexibles y focalizadas. Si bien hubo cierres en áreas con brotes, no se impuso una cuarentena a nivel nacional durante el periodo estudiado. En su lugar, se priorizó el seguimiento como también el rastreo de casos de contacto y utilizar medidas preventivas. Muchos de los países han cerrado los centros educativos y se ha implementado la educación a distancia, en cambio Uruguay adoptó un

enfoque mixto, combinando la presencialidad y la virtualidad, dependiendo del contexto y las condiciones sanitarias.

Sin embargo, las medidas implementadas para controlar la propagación del virus tuvieron un impacto significativo en la economía a nivel mundial. Muchos países experimentaron una disminución en la producción, el comercio y el consumo. Además, muchas personas quedaron desempleadas, como también muchos quedaron en seguro de paro por meses, debido a la disminución de la demanda y al cierre de centros comerciales.

Por otro lado, al principio de la pandemia al ser un suceso nuevo a nivel mundial, desde el Gobierno Uruguayo se emitían conferencias de prensa del presidente de la República, Luis Lacalle Pou, junto con el secretario de la Presidencia, Álvaro Delgado, el Ministro de Salud Pública, Daniel Salinas y el Presidente de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Robert Silva, en donde se comunicaba la situación del país respecto a la circulación del virus, la cual era desconocida y cambiante, afectando todos los ámbitos de la vida del ser humano.

II.3 COVID-19 en el ámbito de la Salud

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto significativo en todos los ámbitos de la vida de los seres humanos, pero uno de los más afectados fue el ámbito sanitario de la salud.

Se presentaron una serie de desafíos requiriendo respuestas rápidas por parte de los sistemas de salud. Por ejemplo algunas áreas clave en las que ha impactado fueron:

Estrategias de prevención y control: Estas medidas que fueron publicadas incluyen el uso de mascarillas y la explicación de cómo usarla correctamente, el distanciamiento social para aumentar la seguridad del entorno de su hogar, la higiene de manos utilizando un gel hidroalcohólico o con agua y jabón. Los profesionales de la salud han desempeñado un papel crucial en la educación de la población y la implementación de estas medidas.

Telemedicina: La pandemia aceleró la adopción de la Telemedicina y las consultas médicas en línea, la OPS sostiene que ha sido un recurso muy utilizado en Uruguay en épocas de pandemia pero que no surgió en ese momento, sino que el país ya venía avanzando para que los médicos pudieran ejercer su profesión de esa manera. Esto ha permitido a los pacientes recibir atención médica desde su casa sin exponerse al virus y ha ayudado a

descongestionar los centros de salud. En Uruguay la Telemedicina se encuentra regida bajo la Ley N° 19869.

Entre quienes necesitaron consultas en policlínica, la amplia mayoría (77%), pudo concretar al menos una consulta, ya sea de forma presencial (54%), o de forma telefónica o a través de video llamadas (telemedicina) (73%). Respecto a las consultas en domicilio el 91% pudo concretar al menos una, las que fueron mayoritariamente realizadas en la modalidad de telemedicina (79%) (Ferre, Gonzalez Gerstenbluith, Noboa triunfo,2020, p.10)

Vacunación contra el COVID-19: La vacuna contra el COVID-19 ha sido una estrategia fundamental para combatir la propagación del virus y reducir la gravedad de la enfermedad. Se priorizo “a los grupos de personas más susceptibles de padecer cuadros agravados de la enfermedad de la Covid-19, en caso de contagiarse, o aquellos que por las tareas que desempeñan estén más expuestos al virus SARS-CoV-2.”(Ministerio de Salud Pública,2021) En Uruguay se utilizaron salones amplios municipales para la vacunación .

Equipamiento y lugar físico: Se debió hacer reformas para crear entradas diferentes a la entrada principal para las personas infectadas por COVID-19 o personas que sospechen tener el virus, con problemas respiratorios, fiebre, tos. Para la realización de hisopados se crearon más unidades de cuidados intensivos y la adquisición de equipos médicos necesarios para combatir la enfermedad causada por el virus.

Población de riesgo: Aunque las personas de todas las edades pueden contagiarse del virus, el riesgo de presentar síntomas graves aumenta en personas mayores de 65 años, personas con enfermedades crónicas, personas inmunocomprometidas, personas con obesidad y mujeres embarazadas, debido a los cambios en su sistema inmunológico.

Aunque Uruguay implementó algunas medidas para hacer frente a la demanda de la atención médica y así evitar la saturación del sistema de salud, estas no fueron suficientes. En octubre del año 2021 el medio de prensa La Diaria Salud emitió una noticia titulada “Se estima que hasta 10% de las muertes por covid en CTI se debió a la saturación del sistema hospitalario”. Donde Javier Hurtado, médico especialista en Medicina Intensiva expresa que

“El aluvión de internaciones en CTI se dio entre el 4 y el 19 de abril, con un incremento de 35% de los casos; durante varias semanas, la ocupación de pacientes críticos con covid se situó entre 50% y 60% y “en algún momento nos acercamos a 85%”(…) (La Diaria,2021)

II.4 COVID-19 en mujeres embarazadas

En principio de la pandemia por COVID-19 las embarazadas no eran consideradas población de riesgo. Las personas con más de 60 años, las personas que sufren alguna enfermedad grave, o que tenían algún problema médico, las personas con obesidad o cáncer y las que no estaban vacunadas si eran considerados de este tipo de población.

Sin embargo, al comienzo de la pandemia, el Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020) también alertaba sobre las posibles complicaciones de la enfermedad durante el embarazo expresando que:

No existe evidencia de que las mujeres embarazadas presenten diferentes síntomas o signos, o presenten un mayor riesgo de infección por COVID-19 que la población general. Sin embargo, se deberá estar alerta dado el conocido mayor riesgo de las mujeres embarazadas de complicaciones vinculadas a infecciones virales por influenza y SARS. No existe evidencia concluyente de que el embarazo pueda empeorar el curso de la enfermedad, en especial la neumonía, por COVID-19, pese a que existen reportes de escasos casos de muerte materna (p.4)

Además afirman que las mujeres embarazadas portadoras del virus COVID-19 presentan cuadros sintomáticos leves o moderados. Y que tampoco determinaba un aborto o una muerte fetal.

En este artículo se emiten recomendaciones para las mujeres embarazadas como por ejemplo evitar los viajes y reducir el contacto social. Suspender la presencialidad de los cursos de preparación para el nacimiento. Vacunarse contra la gripe.

Cuando una mujer embarazada no tiene síntomas y no tuvo contacto directo con una persona con COVID-19 se le solicita concurrir a la hora asignada sola o acompañada de una sola persona a los controles prenatales. La realización de todos los estudios o ecografías que por su edad gestacional así lo requieran. La atención del nacimiento debe ser realizada con las prácticas habituales, y respetando la Ley 17.386 de acompañamiento del nacimiento. Durante todo el trabajo de parto o cesárea sólo se permite la entrada del padre o acompañante elegido por la mujer madre.

En junio del 2021 se anunció desde el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que las mujeres embarazadas que no pudieran realizar teletrabajo o así lo prefirieran tenían derecho a un subsidio especial por tres meses.

Pero en caso de las mujeres embarazadas infectadas con COVID-19 estas medidas cambiaban. Las mujeres deben autoaislarse, tener consulta médica en forma telefónica o en su domicilio, suspender las visitas familiares, y promover el alta precoz, cuando las condiciones maternas y neonatales lo permitan.

También se manifestaba que existe mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas con COVID-19. En Uruguay “Existen casos reportados de nacimiento prematuro en gestantes con infección por COVID-19. Se pueden relacionar al inicio del parto espontáneo en el contexto de la infección materna y/o a situaciones en las que se decidió finalizar la gestación ante la grave afectación materna”(Ministerio de Salud Pública del Uruguay,2020,p.6).

A lo largo de la pandemia, se han realizado estudios continuos para comprender mejor el impacto del virus en las mujeres embarazadas y se han actualizado las recomendaciones en consecuencia a ello.

Aun así, en mayo del año 2021, en Uruguay, “al menos cinco embarazadas o parturientas -en algunos casos ya dieron a luz-, debieron ser internadas en CTI tras presentar cuadros graves de la enfermedad” (El País, 2021), considerándose así población de riesgo. Esto reafirma la necesidad de que las mujeres embarazadas se vacunen.

Además, hubo un total de nueve muertes en el primer semestre del año 2021. La última, según El País, fue de una mujer de 20 años que dio a luz por cesárea y falleció a causa del virus COVID-19, ya que no estaba vacunada.

El Estado tomó medidas para este tipo de población, “El ministro de Salud, Daniel Salinas, informó este miércoles de tarde que la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones (CNAV) resolvió en esta jornada que las embarazadas sean un grupo priorizado en el plan de inmunización contra el COVID-19” (El País,2021).

A nivel mundial la OPS (2022) alude que

Una de cada tres embarazadas con COVID-19 que debió acceder a una unidad de cuidados intensivos no lo consiguió en los dos primeros años de la pandemia, según una investigación colaborativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizada en ocho países de América Latina y recientemente publicada en el *Lancet Regional Health – Américas* (OPS,2022).

Expresaba que en la mayoría de los casos las muertes ocurren durante el puerperio, durante las seis semanas posteriores al parto. Y que la edad materna media era de 31 años y casi la mitad de las mujeres embarazadas que fallecieron padecían de obesidad.

La OPS monitorea el impacto de la COVID-19 en embarazadas desde el inicio de la pandemia. Según datos obtenidos de 24 países en 2021, en comparación con los notificados en 2020, se registró un aumento tanto en el número de casos como en las defunciones entre las embarazadas positivas al virus SARS-CoV-2. Varios factores pueden explicar estos incrementos, como las debilidades y fortalezas de los sistemas de vigilancia y sus estrategias, la inmunización y disponibilidad de vacunas para las embarazadas, la saturación de los servicios y las barreras en el acceso a cuidados especiales (OPS,2021)

En resumen, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas de salud, subrayando la importancia de una preparación y adaptación constantes. En este contexto, resulta fundamental investigar cómo estas circunstancias han afectado las experiencias de las mujeres embarazadas.

Capítulo tres: Violencia obstétrica en Uruguay en épocas de pandemia por COVID-19

En este capítulo, se abordará el concepto de violencia. Específicamente, se definirá el término violencia de género, y la actual normativa existente en el marco de la Ley de Violencia de Género N° 19.580. Posteriormente, se pondrá especial atención a la violencia obstétrica, definiendo este concepto y analizando cómo se manifestó la misma en Uruguay, especialmente durante la pandemia de COVID-19.

III.1 Violencia

La violencia es el núcleo central que vincula de manera estrecha los conceptos de violencia de género y violencia obstétrica. Por tanto, se cree apropiado iniciar abordando su definición.

“La palabra violencia viene del latín vis, que quiere decir fuerza y se refiere a limitación que sufre una persona y el uso de la superioridad física sobre el otro. La violencia es cambiante pues sufre la influencia de épocas, lugares, circunstancias y realidades muy diferentes”(Casique y Ferreira,2006,s.p)

Según la Organización Panamericana de la Salud la violencia es el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”²

La misma impacta en el área social, en lo emocional, en lo económico y en la salud del individuo ya que muchas personas pierden la vida a causa de la violencia.

La exposición a la violencia puede aumentar el riesgo de fumar, consumir alcohol o uso de drogas; de sufrir enfermedades mentales o tendencia al suicidio; así como enfermedades crónicas como enfermedades del corazón, diabetes o cáncer; enfermedades infecciosas como el VIH y problemas sociales como el crimen o más violencia³

² Recuperado en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=159&Itemid=40838&lang=es#gsc.tab=0 Acceso [08/08/2024]

³ Recuperado en <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia> Acceso [08/08/2024]

Existen diferentes tipos de violencia como es la violencia verbal, sexual, doméstica, violencia política, violencia racial, la violencia física que según la Ley N 19.580 artículo 6 inciso es “Toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una mujer.”

La violencia psicológica según el inciso b es “Toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional.”

La violencia institucional según el inciso Q de dicha Ley se refiere a cualquier acción u omisión realizada por parte de autoridades, funcionarios o personal en el ámbito público o en instituciones privadas, que tenga como resultado la discriminación de las mujeres o busque disminuir, entorpecer o bloquear su disfrute y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Esto incluye también acciones que dificulten el acceso de las mujeres a políticas y servicios destinados a prevenir, abordar, investigar, sancionar y eliminar las diversas formas de violencia contra las mujeres que están contempladas en esta ley.

Y por otro lado, entre otras se encuentra la violencia de género que se va a desarrollar con profundidad a continuación.

III.2 Violencia de género

Para comenzar “el género se conceptualizó como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino)” (Lamas,2000, p.2). Siguiendo con los aportes de esta autora afirma que si bien durante varios años, la noción de género ha sido empleada para desafiar la idea de que las características biológicas determinan el destino de una persona, en la actualidad, este concepto se ha convertido en un tema central en las discusiones sobre historia, lenguaje, literatura, arte, educación, medicina, ciencia, derecho y empleo.

La Violencia de género “es un término utilizado para referirse a aquella violencia que se ejerce en base al sexo o género de la persona. Está sustentada en las relaciones de género dominantes en una sociedad. Las mujeres son las principales víctimas de esta violencia por su posición estructural de subordinación (...)”(Tuana, 2019,p.7)

A lo largo de la historia, las mujeres han sido víctimas de diferentes formas de violencia y discriminación. Ella puede ser pensada como universal y específica dado que se produce en todo el mundo sin discriminar por franja etaria y clase social. Esta violencia puede manifestarse en diversas formas, tanto físicas como psicológicas, que pueden ser visibles o menos visibles. Y puede ser ejercida desde varios ámbitos, en el hogar, en el trabajo, en las instituciones, en la salud y en la calle, provocando daños y consecuencias físicas, emocionales y sociales para las mujeres que la sufren.

Tomando los aportes de Bourdieu citado en Lamas (2000) se “destaca a la violencia simbólica como un mecanismo opresor sumamente eficaz precisamente por la introyección que las personas hacen del género”(p.12). Es una forma de poder que se ejerce sobre los cuerpos, sin necesidad de recurrir a la violencia física .

Esta forma de violencia opera como un medio de control que refuerza el poder de los hombres, estableciendo una dinámica de discriminación que puede tener repercusiones tanto directas como indirectas en diversos aspectos de la vida de las mujeres. Afecta su libertad, dignidad, bienestar físico, emocional, sexual, económico y patrimonial, además de comprometer su seguridad personal. Según Velazquez (2003) abarca acciones en las cuales, se discrimina, ignora somete y subordina a las mujeres.

Se considera relevante hacer referencia a la violencia basada en género dado que en el artículo 6 de la Ley N° 19.580 la violencia obstétrica es considerada una de ellas. Dicha Ley tiene como objetivo garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, con medidas y políticas de prevención, protección, sanación y preparación. La misma define a la violencia de género como “toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres”(Art 4).

Esta Ley comprende a todas las mujeres, mujeres de cualquier edad, orientación sexual, incluye mujeres trans, mujeres de cualquier nivel socioeconómico, nacionalidad, creencia, origen cultural y étnico-racial o de cualquier situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna.

El Observatorio de Violencia basada en Género hacia las mujeres (OVBG) es una herramienta creada mediante la Ley con el propósito de registrar, recolectar, monitorear y

sistematizar información relevante sobre esta problemática para luego analizarla y crear más políticas que ayuden con el cometido de la Ley a “garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género” (Ley n° 19.580, art. 1, 2018).

En el año 2019, se evidenció que el 76,7% de las mujeres de 15 años y más que viven en el territorio uruguayo reportan situaciones de violencia basada en género en alguno de los ámbitos relevados a lo largo de la vida. Eso representa aproximadamente 1,1 millón de mujeres uruguayas (Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, p.39, 2020).

III.3 Violencia obstétrica

Como se manifestó anteriormente la violencia obstétrica es una de las múltiples manifestaciones de la violencia de género, y es una interacción entre la violencia de género y la violencia institucional. La misma se manifiesta en diferentes contextos, uno de ellos es en el ámbito de la salud.

“Tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente”(Magnone,2011, s/p)

El concepto de violencia obstétrica es muy reciente y este hace referencia a “un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y postparto” (Arguedas, 2014, p.157).

Como plantea Medina (2008) es toda conducta de acción u omisión de parte del personal de salud tanto en el ámbito público como en el privado que afectan en el cuerpo y en los procesos reproductivos de las mujeres. Este tipo de violencia abarca a todo el personal de salud que desempeña funciones dentro del ámbito sanitario; médicos, enfermeras/os, personal administrativo, entre otros.

Es importante destacar que en el año 2007, Venezuela tipificó por primera vez la violencia obstétrica, en el artículo 51 de la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” el cual establece que:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- (Ley N° 38.668,2007,s/p).

En Uruguay el inciso H de la Ley No 19.580 sobre violencia basada en género, se define a la violencia obstétrica como “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Ley 19.580, 2017).

Como también en el año 2008 la Ley N° 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva definió en su artículo 3 inciso C a el parto humanizado como “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”

La violencia obstétrica puede ser clasificada de dos modos, violencia obstétrica física y violencia obstétrica psíquica. Magnone (2010) tomando los aportes de Medina (2008) “define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico” (Magnone, 2010, p.94). Por otro lado, menciona la violencia obstétrica psíquica y expresa que incluye el trato deshumanizado, discriminación, grosero, la humillación cuando una mujer va a pedir asesoramiento, o en búsqueda de atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Siguiendo con los aportes de Medina (2008) citado por Magnone (2010) alude que “Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.”

Magnone (2010) describe que la violencia ejercida por las entidades de atención médica se origina en un sistema de salud que es altamente jerarquizado, en un entorno donde las relaciones entre médicos/pacientes se caracterizan por la asimetría de poder y la toma de decisiones cruciales sobre el cuerpo de los usuarios o usuarias que están en manos del sistema.

La Segunda Encuesta Nacional realizada por el INE en el año 2019 expresa que el 17,4% de las mujeres de 15 años o más, sufrieron violencia obstétrica en su último parto, teniendo intervenciones que se le realizaron sin su consentimiento, y hasta sin que hubiera necesidad, que hayan tenido de parte del personal de salud comentarios ofensivos, gritos, y se les impidió estar acompañada por alguien de confianza o si las obligaron a estar en una posición incómoda. También se les impidió ver, tomar o amamantar a su bebe sin una justificación.

Debido a que los centros de salud durante la pandemia eran considerados posibles focos de contagio, se ha limitado el derecho de las mujeres a ser acompañadas durante el proceso de parto. Según la Ley N° 17.386 de acompañamiento a la mujer en el parto y nacimiento publicada en el 2001 expresa en el Artículo 1 que “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”

En Uruguay además de existir dicha Ley, también se creó en el año 2008 la Ley N° 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en donde se refiere al parto Humanizado en el artículo 3 inciso c): “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”.

Como se expresó anteriormente existen recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un parto humanizado, dentro de las más importantes se encuentran, atender de forma respetuosa a la mujer madre, manteniendo su dignidad y privacidad. Establecer una buena línea de comunicación entre el personal de salud y la embarazada, y apoyarla de forma continua durante el trabajo de parto el parto y el post parto. Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones, sobre el manejo del dolor, la posición de nacimiento del bebe y la necesidad de pujar. No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto Se aconseja mantener la movilidad y la posición vertical en mujeres

con bajo riesgo durante la primera fase del parto. El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora.

Magnone y Farias (2022) relatan situaciones paradigmáticas presentadas por las abogadas de Gestar Derechos, donde se visualiza las contradicciones que existen entre el parto humanizado y la violencia obstétrica .

Una de estas situaciones se titula “¡Si tienes COVID, te hacemos cesárea!”. Afirman que esta hace referencia a la realización de una cesárea en una mujer únicamente debido a su diagnóstico positivo de COVID-19 “En esta situación, si bien la mujer intentó revertir la indicación, asesorada legalmente con la organización Gestar Derechos, fue obligada a someterse a la cesárea y violentada en la atención.”(Farías y Magnone,2022,p.75). También relatan que los médicos subieron videos victimizandose y diciendo que no se sentían respaldados. Tomándolo según las autoras como un ataque hacia su persona. “(...) se visualiza una tendencia a interpretar los conflictos en torno a la asistencia del parto como asuntos de vínculo personal y no como escenarios estructurales de producción de violencia” (Farías y Magnone,2022,p.76)

Según la encuesta ya mencionada anteriormente, sobre Violencia Obstétrica realizada durante el segundo semestre de 2022 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), el 47% de las mujeres que han tenido un parto o cesárea a lo largo de su vida reportaron haber experimentado prácticas no recomendadas. Estas prácticas son la episiotomía, la administración de medicación para acelerar el parto y la rotura artificial de la bolsa .

Siguiendo con los datos de dicha Organización afirma que el índice de cesáreas en Uruguay es muy elevado, superando ampliamente la recomendación de la OMS que establece que no debe exceder el 15% de los partos sean por cesárea. Según los datos más recientes del Ministerio de Salud Pública, en 2021 el 48% de los partos en el país fueron realizados mediante cesárea.

Otro de los temas que describe la encuesta es el acompañamiento durante el embarazo y parto donde dice que 9 de cada 10 mujeres pudieron estar acompañadas durante su parto o cesárea.

Capítulo cuatro: Análisis: Experiencias de las mujeres de Maldonado en procesos reproductivos durante la pandemia de COVID-19: Un enfoque en los desafíos obstétricos entre 2020 y 2021

En el presente capítulo, se analizarán los testimonios recabados a cinco mujeres madres entrevistadas, radicadas en Maldonado, de entre 29 y 38 años de edad, que estuvieron embarazadas durante la pandemia por COVID-19 en el periodo comprendido entre marzo del año 2020 y diciembre del 2021. Asimismo, se presentarán los testimonios recopilados de cuatro profesionales de la salud de la ciudad de Maldonado que ejercieron su profesión durante la pandemia por COVID-19.

IV.1 Embarazo:

En este apartado, se analizará cómo vivieron las mujeres entrevistadas su embarazo durante la pandemia de COVID-19, diferenciando entre las experiencias en el sector público y el privado. Esta distinción es relevante para entender la atención brindada durante el embarazo. La mayoría de estas manifestaron que en esta etapa no tuvieron ninguna complicación física ni de salud. Sin embargo, una entrevistada atendida en salud pública manifestó que su embarazo fue de riesgo, por su edad, por tener diabetes gestacional, y linfomas, lo cual le requería cuidados especiales.

Las mujeres entrevistadas que fueron madres en el periodo de pandemia por COVID-19 afirmaron que a la gran mayoría se le realizaron los controles estimados en las ecografías establecidas durante su embarazo, a pesar de la situación sanitaria que se vivía. Una de ellas manifestó que se le canceló la última ecografía por la situación de gravedad que se estaba viviendo durante la pandemia. En ese caso, manifestó su descontento y se comunicó directamente con el Director del Hospital para re coordinar la ecografía. Mariana debió tomar la iniciativa por sus propios medios para asegurar que se llevara a cabo la ecografía en el Hospital.

Las recomendaciones del MSP para las mujeres embarazadas en épocas de COVID-19 expresaban que se debía

Realizar aquellas ecografías y estudios que por su edad gestacional así lo requieran (ecografía de translucencia nuchal, ecografía estructural, PTOG, exudado Eβ, etc). Las ecografías obstétricas y rutinas obstétricas que a criterio del ginecólogo tratante se puedan posponer (por ejemplo: ecografía y rutinas del tercer trimestre) se recomienda realizarlas una vez que la situación epidemiológica lo permita, evitando que ello lleve a su no realización (MSP,2020,p.8)

Para esta mujer madre entrevistada fue una ecografía crucial, dado que era la última y en la misma le diagnosticaron una enfermedad que podía impactar en su parto, afirmando que: “En esa ecografía me dijeron que tenía Hydramnios o algo así, que es el exceso de líquido amniótico que es muy peligroso y que si no me lo hubieran hecho no sé...” (Mariana, 38 años)

Otra de las entrevistadas decidió junto a su pareja, no realizarse los controles, manifestando que “No se me realizaron controles por que nosotros decidimos no controlarnos en el embarazo. Solamente se me realizaron dos controles, creo que fue en las últimas dos o tres semanas que fui y me controlé, ahí fue cuando trataron de deducir cuantas semanas tenía, si venía prematuro o no” (Lucia, 29 años)

Cuando se indagó acerca de los controles de embarazo al personal de salud entrevistado, se observó una discrepancia en sus respuestas.

Por un lado, algunos afirmaron que se llevaron a cabo todos los controles pertinentes, asegurando la presencia de parteras durante todo el día en el centro de salud, disponibles para atender cualquier emergencia que pudiera surgir. Por otro lado, otros técnicos manifestaron que únicamente la enfermería estaba involucrada en la atención directa a las pacientes, actuando como intermediarios entre el médico y el paciente. Una entrevistada afirmó que tuvo un caso donde una mujer casi tuvo su parto en la sala donde estaba aislada, con su madre porque nadie entraba para controlarla y ellas no podían salir, solamente ingresaba enfermería.

Todo el personal de salud entrevistado manifestó, su descontento a la hora de la atención con los pacientes, afirmando que aunque ellos atendían como antes, no era lo mismo dadas las condiciones de cuidado que se debía tener con el uso de equipos especiales y el tapabocas lo cual no permitía tener el contacto directo con las pacientes.

Como se mencionó anteriormente en este documento, se establecieron protocolos de atención durante la pandemia. Muchos médicos suspendieron sus consultas, lo que podría haber dado lugar a la interrupción de los controles médicos regulares para las mujeres embarazadas. Sin embargo, según los relatos de las mujeres entrevistadas, esto no sucedió.

Los controles del embarazo para la mayor parte de las mujeres madres entrevistadas fueron presenciales, una madre manifestó que “Algunos fueron telefónicos y algunos fueron presenciales. A partir del 6to mes de embarazo eran obligatorios presenciales. Y los meses anteriores fueron uno por medio, uno telefónico y uno presencial” (Florencia, 30 años)

El personal de salud confirmó lo expresado manifestando que “Todo pasó a ser telefónico, por ejemplo las consultas no eran tan presenciales, se espacian las ecografías en la

medida de lo posible. Siempre respetando los tiempos pero no con la fluidez que hay ahora que no tenemos pandemia” (Entrevista 2, ginecóloga)

La nueva normativa que se implementó en épocas de COVID-19, fue la Telemedicina, la cual fue utilizada con mayor frecuencia durante la pandemia. Si bien en este contexto, se esperaría que los controles fueran predominantemente presenciales, la Telemedicina sí se utilizó en ciertas circunstancias durante algunos embarazos.

La misma en Uruguay se encuentra regulada por la Ley N° 19869, siendo definida en su artículo 2 como:

“la provisión de los servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de atención sanitaria utilizando tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención sanitaria, todo en interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades”

A pesar de que colaboró durante la situación de pandemia, según el personal de salud también generó una saturación en el Centro, dado que algunos pacientes lo utilizaban hasta de más. Afirmando que “Había mucha gente que no consultaba porque tenía miedo de venir al sanatorio. Y había otras personas que consultaban demasiado, y estaba saturado todo lo que es el sistema” (Entrevista 4, Obstetra Partera)

La gran mayoría de las mujeres madres entrevistadas expresaron haber experimentado restricciones al ingresar acompañadas a las ecografías durante su embarazo. Una de las entrevistadas señaló específicamente que enfrentó tal situación, llegando incluso a sentir discriminación por ser madre soltera por no contar con la presencia de un padre acompañante.

Manifestó que

veía a otras mamás que estaban con su acompañante. Yo pasaba sola por lógicas razones, pero de repente yo quería ir con la madrina de ella y no la dejaban entrar. Era sólo para mamá y papá. Yo no veía la diferencia, pero a nosotros no nos dejaron. ¡Qué importa si es el padre o la madrina!, yo quería estar acompañada y no me dejaron estar con nadie (Mariana, 39 años)

Frente a este hecho, surge la interrogante de si esta situación en particular se debió a la pandemia por COVID 19 o a otra circunstancia que evitaban que la mujer no pudiera entrar acompañada.

Por parte del personal de salud cuando hace referencia a esta nueva normativa, afirman que sí hubo una restricción a la hora de entrar acompañada, afirmando que solo podían entrar la madre y el padre, manifestando que “Si, antes de la pandemia se hablaba más de la mujer con la familia y después de la pandemia quedó solo el vínculo marido y mujer y a veces solo la mujer” (Entrevista 3, enfermera)

Retomando las recomendaciones del MSP las mismas expresaban que las mujeres embarazadas tenían derecho de ingresar a los controles sola o acompañada por una persona de su confianza no especificando que este sea el padre.

Esto pone de manifiesto una brecha entre las políticas recomendadas y su aplicación real, donde las normas heteronormativas parecen haber influido en la restricción del acompañamiento durante la pandemia por COVID-19. La discriminación heteronormativa en este contexto no solo restringe el acceso de las mujeres a un acompañamiento significativo, sino que también destaca la urgencia de revisar y ajustar las políticas de salud. Es fundamental garantizar que la atención sea inclusiva y equitativa para todas las familias, sin importar su estructura o configuración.

En lo que respecta a la comunicación con el personal médico durante el embarazo, la mayoría de las mujeres entrevistadas no reportaron complicaciones significativas. Algunas expresaron que seguían las indicaciones proporcionadas por el personal médico. Por otro lado, una de las entrevistadas destacó una experiencia más positiva, sintiendo más comunicación y sintiéndose más satisfecha con la atención recibida. “(...) al tener muchas más consultas telefónicas, tenías más disponibilidad de consulta” (Florencia, 30 años) afirmando que le presentaron la opción de expresar su plan de trabajo de parto.

Por otro lado, la entrevistada que decidió no someterse a controles durante el embarazo para mantenerlo en secreto con su pareja hasta el momento del parto, manifestó que no tuvo una buena comunicación con el personal médico ni administrativo del servicio de salud. Expresando que “en esos dos controles me hicieron sentir que lo que yo había hecho estaba mal. Y me impusieron el miedo de no saber cómo iba a nacer mi hijo” (Lucia, 29 años)

Aquí se evidencia claramente el poder médico ejercido sobre las pacientes, destacando el respeto a la autoridad sin cuestionar, ya que se considera que el médico es quien posee el conocimiento. Además, se pone de manifiesto el miedo que experimentó esta mujer madre al sentirse maltratada durante todo el proceso de parto dado que no se controló, ni se realizó todos los estudios correspondientes al embarazo.

Por otro lado, se puede observar que cuando la decisión de no realizar controles o ecografías proviene de los médicos, esta no puede ser juzgada teniéndose que adaptar el paciente a ello o realizar gestiones para lograrla como el caso de la entrevistada Mariana. En cambio cuando es la mujer quien decide o se le dificulta concurrir a realizarse un estudio, la opinión de la mujer madre parecía no ser tomada en cuenta por parte de los profesionales.

La voz de las mujeres madres no parece ser escuchada ni valorada ya que no representa un saber. Como plantea Arguedas (2014) “ese saber es descalificado por la institucionalidad médica; es definido como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. Es, por lo tanto, un saber subyugado⁴” (p.155) Por un lado, debido al lugar social que ocupan las mujeres en la estructura de género y al poder/saber ejercido por los profesionales de la salud

Por su parte el personal de salud, visualizo una diferencia en la comunicación de los médicos hacia las mujeres embarazadas, afirmando que “ no hablaban con ellas sí, bueno esto pasa hasta el día de hoy, no les dan la misma atención casi no les hablan” (Entrevista 3, enfermera) Esta falta de interacción por parte de algunos médicos contribuye a una atención menos humanizada, centrada principalmente en los aspectos técnicos del parto. En este contexto, las mujeres parecen ser vistas principalmente como sujetos que deben cumplir con los controles y procedimientos médicos. Castro y Erviti (2015) argumentan que

“(…) las mujeres embarazadas se constituyen en cuerpos-máquina, “receptores” del feto que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, al tiempo que deben colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico, que es en primer lugar el nacimiento de un nuevo ser vivo en óptimas condiciones, y la preservación de la salud de la madre, en segundo” (p.121)

Esta perspectiva refleja un enfoque que prioriza el éxito técnico del parto y la prevención de problemas de salud, en lugar del bienestar integral de la mujer como madre.

Luego de profundizar en la etapa del embarazo, los controles y las ecografías se profundizará en cómo las mujeres entrevistadas vivenciaron su parto en épocas de pandemia.

⁴En términos de Foucault (1980) son un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados. Saberes ingenuos, localizados en la base de la jerarquía del saber. Son los saberes de la persona enferma, del paciente psiquiátrico.(Foucault en Argueda,2014)

IV.2 Parto:

En este apartado, se explorará la experiencia vivida por las mujeres entrevistadas durante el parto, las sensaciones que experimentaron y su relación con el personal médico, así como también la perspectiva de estos últimos en el contexto de la pandemia.

Dos de las mujeres madres entrevistadas tuvieron parto por cesárea y tres de ellas parto vaginal.

A pesar de las afirmaciones existentes sobre un aumento de las cesáreas durante la pandemia en Uruguay, este patrón no fue evidente en el trabajo de campo realizado.

De todos modos algunos miembros del personal de salud si confirmaron un aumento en las cesáreas al expresar que “Hubo mayor índice de cesáreas si, que se puede haber asociado con un tema de que la gente tenía muchas horas de espera, el cansancio y el agotamiento del personal” (Entrevista 4, Obstetra partera)

Todas las mujeres entrevistadas manifestaron que pudieron entrar con acompañantes en el parto, salvo una de las entrevistadas atendida en salud pública que fue acompañada por su madre, pero esta no pudo permanecer a su lado durante el proceso. Afirmó que “no estaba al lado mio, estaba del lado de afuera de la puerta mirando pero no al lado mio. Y me dijeron que era por Covid, aunque tuviéramos hisopados negativos las dos . Que mi madre se lo hizo por las dudas sin que se lo pidieran antes de venirse para Maldonado”(Mariana, 39 años)

Frente a esta situación, donde no se cumplió con la normativa de la Ley de Acompañamiento, surgen cuestionamientos sobre si la limitación de permitir la presencia de la madre durante el parto se debió a que la acompañante no era su pareja, o si existía otra razón detrás de esta restricción, dado que no se identificó un motivo claro para tal impedimento.

La Ley N° 17386 afirma que “tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional” (Art1) Donde no se habla que debe de ser el padre y la madre sino cualquier acompañante.

En respuesta a la pregunta sobre si se proporcionó la información necesaria tanto a la mujer madre como a su acompañante sobre el procedimiento a seguir durante el parto, dos de las entrevistadas indicaron que no recibieron esta información. Una de las mujeres madres mencionó que no se le explicó el procedimiento durante la cesárea en salud pública, afirmando : “No en el parto no me comunicaban nada. Pero sí, nos dijeron que no podíamos

estar paseando por el pasillo , el tema tapabocas siempre con alcohol en gel, que no saliera mucho mamá del lugar(...)" (Mariana, 38 años).

Esto sugiere que los médicos estaban más atentos a cumplir con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, pero cuando se trataba del momento del parto, la información disponible hacia la mujer era escasa.

Por otro lado, otra de las mujeres madres entrevistadas expresó que durante el trabajo de parto en la salud privada, entraban parteras diferentes para asistirle, no proporcionándole ninguna explicación. Afirma que,

Estaba con contracciones, me ayudaron a abrir también por que como que no dilataba mucho y siempre entraba una partera diferente a ayudarme a eso . Me acuerdo que mis contracciones empezaron a cambiar y yo no entendía nada por que no te explican nada. Y no tenía ni idea cuando me iba a dar cuenta para ir a la sala de parto. Todo esto era la sala, y nadie me explicaba cuando tenía que ir a la sala de parto. Me decían tienes esto de dilatación, tienes lo otro pero y como se... no te explicaban (Sofía, 31 años)

Lo que da cuenta que el equipo de salud tiene la responsabilidad y autoridad para tomar decisiones respecto a estos procesos, interviniendo en los cuerpos de las mujeres de acuerdo con sus creencias y las necesidades percibidas.

"La mayoría de las entrevistadas destacó que sus parteras les proporcionaron la información necesaria en todo momento. Por ejemplo, Ana (29 años), atendida en salud privada, comentó que durante el parto recibió una excelente atención, con explicaciones claras sobre cada procedimiento, incluso hasta el momento de su cesárea. De manera similar, Florencia (30 años) señaló que tanto las enfermeras como la partera le ofrecieron información constante: "desde el proceso de pre parto . Siempre me explicaron todo y me monitorean todo el tiempo."(Florencia 30 años)

Con respecto al trato de los médicos en el parto las respuestas no fueron las mismas, dado la situación personal que vivió cada entrevistada en ese momento.

Por ejemplo, una de las entrevistadas atendida en salud pública manifestó que ella pensaba que era normal lo que estaba viviendo ya que, la ataron para la cesárea, los médicos no le prestaban atención, hablaban entre ellos y hasta su anestesista jugaba con su celular.

Afirmando que

a la anestesia que estaba al lado mio y cuando apenas pude mirar ¡estaba jugando al Candy Crush en su celular!, osea me acuerdo clarito de hacer asi (mueve apenas la cabeza) verla jugando y yo moviendo los deditos para ver si me miraba por que no podia mas , me estaba prendiendo fuego por que tenia el tapabocas que se me había subido tapandome hasta los ojos (Mariana,38 años)

Pero al hablar con otras mujeres madres, tomó conciencia de que sus derechos como mujer y paciente fueron vulnerados.

“A mi verbalmente no me maltrataron, no puedo decir que me sentí recontra amenazada, yo todo lo que sentí ahí pensé que era normal, que era lo que pasaba .Y de repente empezaba a escuchar a otras madres, y vos decis no, no es así una cesárea”
“(…) ellas estaban hablando de no se, fulanito fue el otro dia a no se donde y fulanito no se que y yo estaba re angustiada, decía ¡a mi no me importa la vida de ustedes, estoy re nerviosa!” (Mariana,38 años)

Estos sentimientos generados que esta mujer madre sufrió forman parte de lo que se denomina violencia obstétrica tanto física como psíquica lo que según Magnone (2010) tomando los aportes de Medina (2008) afirma que esta última “Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (p.94)

La entrevistada que optó por no realizarse todos los controles médicos por elección menciona que también experimentó situaciones en las que no todos los médicos la trataron con amabilidad debido a esta decisión.

Pero la que frenaba estas situaciones era mi partera por que hasta freno a una enfermera que en la sala de parto quiso hacerme sentir mal, y ella dijo nosotros no estamos para juzgar a nadie, nosotros estamos para traer un bebe y ayudar a la madre(Lucia, 29 años)

Siguiendo con el concepto de autonomía implicado en la definición de violencia obstétrica, la decisión de la mujer madre de no someterse a todos los controles médicos debería ser respetada como una expresión de su autonomía. Sin embargo, su experiencia demuestra que no todos los médicos respetaron esta decisión; algunos mostraron frustración al respecto. En cambio, su partera de confianza actuó de acuerdo con los principios de respeto y apoyo a la autonomía de la mujer.

Desde el momento en que la entrevistada 4 Lucia ingresa a la institución, se enfrenta a una serie de episodios de violencia institucional. Según Magnone (2010) suceden porque los sistemas de poder jerárquicos de género y salud los sostienen. Desde el trato poco adecuado en recepción hasta el encuentro con la primera enfermera, cuyos comentarios fueron inapropiados parecen ser una forma de control para hacer que la madre se sienta culpable y obedezca a las órdenes del personal de salud. Sin embargo, la situación cambió cuando llegó su partera de confianza, quien la había acompañado y atendido en partos anteriores. Ella logró transformar su experiencia de parto en una vivencia mucho más humana y respetuosa.

Este cambio refleja el cumplimiento de la Ley N° 18.426, la cual busca promover el parto humanizado respetando la intimidad, privacidad y tiempo biopsicosocial de la protagonista, así como también evita prácticas invasivas o medicación innecesaria (Artículo c).

Durante el período de la pandemia, se observó que el personal de salud, posiblemente influenciado por el temor generado, parecían descuidar en cierta medida su empatía y respeto hacia los pacientes durante la atención médica.

“Había mucho personal con miedo y hacían muchas cosas mal por el miedo. Pero bueno tenías todo para el aislamiento, era un poco de humanización que tenías que tener que la mayoría la empatía la dejó en la casa” (Entrevista 3, Lic en Enfermería)

Y las otras tres mujeres madres entrevistadas aseguraron que todo fue adecuado en la sala de parto.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas no manifestaron procedimientos médicos o intervenciones durante el parto sin su consentimiento. Sin embargo, una de las entrevistadas expresó que no le avisaron que la iban a atar ni le explicaron por qué lo estaban haciendo. En ese momento, ella lo consideró normal debido a la actuación de los médicos, pero posteriormente se dio cuenta de que no era así.

A mí cuando me ataron, no me dijeron nada ni para qué era. Pero yo no cuestioné, ellos eran médicos saben lo que hacen yo no dije ¿por qué me atan? o algo así. Para mí fue normal todo en el momento, pero después que pasan las cosas que la gente te dice mi parto fue tan hermoso y yo digo ¡ay yo sentía una claustrofobia, atada, con una panza de 90 kilos arriba mío, todo el miedo de todo, hasta que la escuché llorar! (Mariana, 38 años)

Aunque la mayoría de las entrevistadas afirman haber recibido explicaciones sobre los procedimientos realizados, ninguna expresó dudas respecto a las intervenciones llevadas a

cabo. Esto refleja la amplia legitimidad otorgada al poder médico en nuestra sociedad actual, donde se espera que las personas confíen en la autoridad del experto y no cuestionen sus prácticas.

A dos de las entrevistadas se les obligó el uso del tapabocas en el momento del parto, tanto a ellas como a sus acompañantes, y las otras tres mujeres madres manifestaron que a ellas no, pero que a sus acompañantes si se les obligaba a usar.

En cuanto al personal de salud manifestaron que el uso del tapabocas era obligatorio “Si, tenían que tener el parto con tapabocas , con un acompañante y con la partera o la ginecóloga que no podía salir de la habitación con la protección” (Entrevista 2, Ginecóloga).

El uso del tapabocas fue una normativa estrictamente cumplida por todo el personal de salud. Sin embargo, cuando una mujer en trabajo de parto tenía un test negativo de COVID-19, no era necesario que ella lo usara.

En relación a todo lo expresado hasta el momento, se evidencian diversas situaciones que reflejan experiencias de violencia en los relatos de las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, una mujer madre tuvo que intervenir personalmente para reprogramar una ecografía cancelada.

Asimismo, muchas mujeres enfrentaron restricciones para ingresar acompañadas a las ecografías, e incluso experimentaron discriminación por no tener una pareja. Además, se observó cómo se juzgó a una mujer madre por no realizarse los controles estimados, así como se realizó procedimientos médicos o intervenciones durante el parto sin su consentimiento. Para continuar el análisis de datos, nos adentraremos en el postparto experimentado por las cinco mujeres embarazadas durante la pandemia.

IV.3 Postparto:

El postparto inicia después del nacimiento del recién nacido, donde el cuerpo de la mujer madre experimenta una serie de cambios físicos y emocionales a medida que se recupera del embarazo y el parto.

Las mujeres entrevistadas expresaron cierta insatisfacción con respecto al trato del personal de salud durante su internación postparto.

A pesar de que solo una de las mujeres recibió atención en el sistema de salud pública, su relato revela una diferencia significativa en comparación con las experiencias descritas por

las demás mujeres respecto a su parto y la atención recibida posteriormente. En su caso, durante la cesárea, fue atada sin previo aviso, y los médicos se concentraron en su trabajo mientras conversaban entre ellos y, en algunos casos, incluso jugaban con sus teléfonos móviles, sin prestar atención a la madre.

Pero tanto en el sector público como en el privado se registraron diferentes situaciones de violencia, por ejemplo en salud privada, dos mujeres madres mencionaron la falta de atención del personal médico. Una de ellas señaló que su ginecóloga no la visitó hasta el día siguiente al parto, mientras que la otra mujer madre tuvo que buscar a los médicos en el pasillo porque no venían a verla. En palabras de ellas: “No, porque de hecho nació y a la ginecóloga la vi el día después, nunca nadie fue a ver como salió el parto.” (Mariana, 39 años) “(...)Tenías que ir a buscarlos, sino como que no iban. Había poco personal” (Ana, 29 años).

El personal de salud, sostiene que estas situaciones pasaban cuando las mujeres madres eran COVID positivo, una afirmó que “Pero de repente hubo mucha embarazada con COVID positivo que también era difícil el trato quizás no se entraba tantas veces a las habitaciones como con otra paciente habitual” (Entrevista 1, Enfermera). Otra persona vinculada al ámbito de la salud manifiesta que si la mujer madre era COVID positivo el contacto que se tenía con las mismas no era igual, afirmando que:

el contacto y la contención a las embarazadas y a las familia no era igual en caso de que fueran covid positivo por el caso de que teníamos que usar todo el equipo de protección y el contacto visual por más que uno lo haga de hablar de la comunicación no es lo mismo que no tener toda esa preparación y todos esos cuidados (Entrevista 4, Obstetra partera)

Por otro lado, otra de las mujeres madres experimentó una situación opuesta en salud privada, ya que los estudiantes de enfermería la visitaban con frecuencia, lo que resultaba en una repetición excesiva de preguntas. Según su relato: "En un día me preguntaron entre 7 u 8 veces lo mismo que ya me habían preguntado. Un desastre" (Sofía, 31 años).

De acuerdo con un miembro del personal de salud, los enfermeros eran los encargados de ingresar a las habitaciones y establecer comunicación con las pacientes internadas afirmando que la misma con los médicos se vio afectada, esto se puede observar en el siguiente relato “era enfermería con los pacientes, como que éramos los intermediarios. Porque ellos entraban si tenían que entrar en casos extremo” (Entrevista 3, enfermera)

Cuando se les consultó sobre la presencia de visitas en el centro de salud, todas las mujeres madres indicaron que solo estuvieron acompañadas por una persona debido a las

restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19, como lo decretó el Ministerio de Salud Pública en esta nueva normativa que aludía a que se debería suspender todas las visitas familiares a las embarazadas y en el post parto.

Algunas de ellas expresaron su gratitud por estas medidas, ya que les brindaban un entorno más tranquilo y centrado en el bienestar de la mujer madre y el recién nacido durante este periodo. Todo el personal de salud entrevistado confirmó esto.

La mayoría de las mujeres madres manifestaron estar tres días internada, lo que se considera “normal” para una cesárea o dos días para un parto vaginal.

La mayoría de estas expresaron carecer de apoyo y atención para su salud mental durante el período posparto. Sin embargo, una mujer madre la cual optó por no someterse a todos los controles recibió apoyo de un psicólogo y una Trabajadora Social. Ella relató: "ambos vinieron y me preguntaron sobre mí, mi vida, mi matrimonio. Si todo estaba bien. También me proporcionaron sus números de teléfono por si alguna vez me sentía mal o necesitaba ayuda" (Lucia, 29 años)

A pesar de comprender la situación generada por la pandemia, con sus temores y el aislamiento que esto implica, la mayoría de las mujeres madres entrevistadas no recibieron apoyo psicológico para enfrentar los desafíos del embarazo, parto y posparto en este contexto. Solo una mujer contó con ello, debido a que no siguió todas las recomendaciones del servicio de salud durante su embarazo. Aquí la pregunta que surge es si se percibió que esa mujer madre mostró una mayor vulnerabilidad o si se visualizan alguna dificultad para hacerse cargo frente a la llegada de su hijo recién nacido.

Cuando se consultó al personal de salud, la mayoría afirmó que sí había atención médica para las mujeres madres después de dar a luz. Sin embargo, esto contradice lo que expresaron las mujeres entrevistadas, quienes manifiestan la falta de apoyo psicológico debido a la pandemia por COVID-19 o simplemente porque sus embarazos habían sido "normales", con los controles habituales y sin complicaciones adicionales. Por ejemplo, un miembro del personal de salud mencionó el caso de una mujer madre que perdió un embarazo durante la pandemia recibió apoyo psicológico, afirmando que “Pero por ejemplo yo tuve una conocida que perdió a su bebe en pandemia y enseguida le brindaron ayuda de parte de APS con un psicólogo” (Entrevista 1, Enfermera)

En general, todas las mujeres madres expresaron satisfacción con la atención recibida por parte de los médicos durante el proceso de embarazo, parto y posparto, ya que todo “salió bien”. Sin embargo, una entrevistada reveló sentirse sola, especialmente en el contexto de la

pandemia, debido a la falta de un médico de cabecera que le brindara atención más personalizada “yo sabía que era como un número del hospital y tenía todo correcto, pero que fuera yo o que fueras vos era lo mismo”(Mariana, 39 años).

Dos de las entrevistadas, que ya habían experimentado la maternidad previamente, expresaron que este embarazo fue considerablemente mejor que el anterior. Señalaron que hubo una mayor comunicación con el personal de salud, y una de las mujeres madres destacó que percibió una mejor organización en comparación con su experiencia anterior, manifestando que “Para mi fue mucho mejor el segundo embarazo que el primero, totalmente y eso que no estábamos en pandemia. Fue mucho más organizado y mucho más empático que el primero”(Sofía, 29 años)

Otra mujer madre manifestó que disfruto mucho más este embarazo al estar en aislamiento y trabajar desde la casa por que pudo prestar más atención a su estado , además cuando se refirió al centro de salud y su accionar afirmó que “en el segundo sabes masomenos si el médico está faltando en algo o si te hace determinado estudio que no era” (Florencia,30 años).

El personal de salud, al ser entrevistado, expresó su gratitud por la disminución de la intensidad en la pandemia, ya que según sus propias palabras, era una sensación agotadora tanto para ellos como para los pacientes, debido al temor que se generaba. Indicaron que la modalidad de atención en los partos era claramente diferente debido a la escasez de personal y a los protocolos establecidos, afirmando que “En la pandemia era una enfermera sola que estaba para los dos trabajos. Hasta el parto estabas con la madre y cuando nacía te ibas con el recién nacido (...)” (Entrevista 3,Enfermera).

Por otro lado, expresaron su gratitud hacia la Telemedicina, ya que esta iniciativa no solo creó nuevas oportunidades laborales dentro de los centros de salud, sino que también estableció otro canal de comunicación efectivo con los pacientes. Al igual que las mujeres madres entrevistadas, la mayoría expresó su satisfacción respecto a la Telemedicina y resaltó su importancia, especialmente para aquellas mujeres que no pueden acceder fácilmente a las consultas médicas debido a la distancia o a otras limitaciones. Esta modalidad les permite evitar desplazamientos innecesarios y facilita el acceso a la atención médica.

IV.4 Violencia obstétrica:

Para finalizar y a partir de todo lo desarrollado en el relato de las mujeres madres entrevistadas se evidencian situaciones de violencia obstétrica tanto en el ámbito público como en el privado. Aunque no se les preguntó específicamente si creían haber experimentado violencia obstétrica, a lo largo de sus relatos se describen situaciones de violencia, algunas de las cuales hacen referencia explícita a ello.

En cuanto al personal de salud, algunos entrevistados no se mostraron del todo abiertos al hablar sobre este tema poniendo una barrera en la comunicación, ya que parece que se sienten juzgados al ser cuestionados. Lo que se asemeja a la experiencia de las mujeres madres mencionada anteriormente, quienes también se sintieron intimidadas al cuestionar el accionar de los médicos. La mayoría de los profesionales de la salud entrevistados justifican estas situaciones de violencia argumentando que fueron consecuencia de las circunstancias excepcionales de la pandemia de ese momento.

Por ejemplo, Mariana expresó sentimientos de miedo y angustia al no tener a su madre presente durante el parto. Esto contrasta con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (1996), la cual subraya la importancia del acompañamiento y apoyo durante el parto por parte de una persona elegida por la mujer. Además, se destaca la necesidad de un trato respetuoso y una comunicación efectiva por parte del personal de salud, dos aspectos que esta mujer madre no experimentó durante su parto.

La mujer madre que, junto a su pareja, optó por no someterse a controles médicos durante el embarazo, enfrentó una constante violencia psicológica y emocional, sin la posibilidad de expresarse ni ser escuchada, a pesar de tratarse de su tercer embarazo. El personal de salud sistemáticamente minimizó la importancia de sus procesos de parto, ignorando su conocimiento y experiencia. Incluso con la presencia de su partera de confianza, la madre continuó siendo objeto de cuestionamientos, lo que la hizo perder confianza en su proceso.

Otra de las mujeres madres entrevistadas expresó la sensación de falta de privacidad que experimentó durante el nacimiento de su hijo. En repetidas ocasiones, varios enfermeros entraron a su habitación en intervalos cortos para hacerle las mismas preguntas, sin respetar la intimidad de su espacio, su “burbuja”, como se le llamaba en épocas de COVID-19. Además, se rompía abruptamente la armonía con la entrada de personal que encendía luces o conversaba entre ellos. Expresando que, “era muy molesto y el trato era medio raro. Entraban todo el tiempo estudiantes y enfermeras que estaban ahí” (Sofía, 31 años).

Es normal que en entornos hospitalarios haya un flujo constante de personal médico y estudiantes, sin embargo, en el contexto de una pandemia, se esperaría una mayor consideración por la intimidad y el bienestar de las pacientes, especialmente para minimizar el riesgo de contagio y respetar la necesidad de un ambiente seguro y tranquilo tanto para el recién nacido como para su familia.

Por otro lado, en su relato manifestó que la hicieron sentir mala madre por no saber cómo dormir con su hijo, además de entrar en su habitación a los gritos. “La noche esa, que fue la primera noche que yo estaba con mi hijo me acuerdo que apagué la luz de la habitación y entraron a los gritos diciéndome: ¡cómo vas a hacer esto, se puede morir, mira si deja de respirar y vos no te das cuenta, esto así no se puede!” (Sofía, 31 años). Este episodio muestra cómo las enfermeras cuestionaron la falta de experiencia de Sofía en el cuidado de su primer hijo, asumiendo que, por el simple hecho de ser madre, ella debería saber instintivamente. Reflejando lo que Monco (2009) describe sobre la maternidad

es una construcción cultural cuya base hunde sus raíces en un hecho biológico general y universalizable, por tanto, a todos los seres humanos. Sin embargo, al ser construida mediante variables y elementos sociales, como tal construcción conlleva una serie de tareas y responsabilidades, en amplio sentido un espectro de cuidados, a los que llamaremos “maternaje” y un conjunto de sentimientos que suelen naturalizarse en las mujeres hasta el punto de poder crear una discriminación genérica (p.359)

De esta forma se cree que por el simple hecho de haber dado a luz la mujer debe saber cómo cuidar a su bebe, sino es juzgada y etiquetada como en este caso como mala madre.

La entrevistada número 3 Ana, experimentó un rompimiento de membranas, también conocido como amniotomía, durante su último control para acelerar el trabajo de parto, aunque finalmente terminó en una cesárea. Afirmando que

“Tenía programada una cesárea para los días siguientes, pero quería parto natural en realidad entonces días antes de la cesarea, me desprendieron las membranas en el consultorio en el último control para acelerar el parto y bueno rompí bolsa esa noche pero en el día termine en cesárea” (Ana, 29 años)

Una mujer madre de las cinco entrevistadas pudo presentar un plan de parto y fue respetada, las otras acataron lo que el personal de salud decía, sin juzgar los accionares y confiando en ellos. Lo que quiere decir es que solo una pudo decidir libremente sobre su cuerpo y cómo transitar su proceso de parto.

Reflexiones finales:

El presente trabajo pretendió analizar las vivencias de las mujeres que fueron madres durante la pandemia por COVID-19 en el departamento de Maldonado en el periodo de tiempo comprendido desde marzo del 2020 a diciembre del 2021, desde la perspectiva de las mujeres y del personal de salud. Se buscó comprender las experiencias de ambos actores durante el embarazo, el parto y el postparto, y evaluar la existencia de violencia obstétrica y si aumentó la misma debido a la pandemia.

En base al material recabado y a las entrevistas realizadas, podemos afirmar que durante la atención del embarazo, parto y post parto, se mantuvieron e incluso aumentaron las conductas violentas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

A pesar de las normativas existentes, como la Ley del acompañamiento y las medidas que se modificaron o reafirmaron con la pandemia (el uso de tapabocas y medidas de precaución), siguió predominando la intervención médica sin considerar el conocimiento que la mujer madre tiene sobre su propio cuerpo. Además, hubo falta de información adecuada durante el parto, lo que perpetúa la superioridad del saber médico sobre el de las madres, obligándolas a actuar y confiar exclusivamente en los procedimientos médicos.

Si bien la mayoría de las mujeres entrevistadas llegaron a notar con el tiempo que algunas situaciones durante su embarazo, parto o post parto no coincidían con sus expectativas, en el momento mismo de dichas experiencias, ninguna se sintió en condiciones de cuestionar tales acciones. Ello puede atribuirse al estado de vulnerabilidad en el que se encuentran las mujeres en esos momentos, caracterizado por el miedo y el dolor intenso.

En sus relatos se destaca el maltrato verbal, las intervenciones sin información y el sentirse solas, sin acompañamiento de sus médicos. Sin embargo, concluyeron que estaban conformes porque "todo salió bien,"refiriéndose al nacimiento saludable de sus hijos, sin reconocer en su momento situaciones de violencia obstétrica. Algunas madres se dieron cuenta posteriormente, al hablar con otras madres sobre sus partos, que lo que vivieron no era lo que se esperaba. Estas situaciones evidencian la gran naturalización de las prácticas por parte del personal de salud y el poder que tienen los médicos sobre sus pacientes.

Por otro lado, el personal de salud entrevistado justificaba todas sus acciones por la situación de pandemia que estaba viviendo, como la falta de contención a las madres y el exceso de cesáreas.

A pesar de que la mayoría de las madres entrevistadas no experimentaron partos por cesárea, los médicos consultados afirmaron que se observó un aumento en estos procedimientos debido al temor al virus. Lo que se atribuye al deseo de reducir el tiempo de exposición tanto para las madres como para el personal médico, ya que la cesárea puede resultar en procedimientos más rápidos. Además, permite un mejor control del entorno quirúrgico en comparación con un parto vaginal. Asimismo, la programación de cesáreas puede facilitar una gestión más eficiente de los recursos hospitalarios y del personal médico durante la pandemia, lo que asegura recursos disponibles para atender a pacientes con COVID-19 grave y otros casos urgentes.

Aunque la gran mayoría de las entrevistadas pertenecían al sistema de salud privado, y solo una al sistema de salud pública, se pudo observar que las situaciones de violencia se manifiestan de diferentes formas en ambos ámbitos. Durante las entrevistas se notaron claras diferencias, desde la negación de estar acompañada durante el parto, la forma en que se le permitió parir, hasta el trato recibido por parte del personal médico. Sin embargo, estas situaciones no se limitaron al ámbito de la salud pública, ya que en la salud privada también se reportaron casos de malos tratos, enojos e intervenciones innecesarias.

Esto ocurre independientemente del nivel socioeconómico y educativo de las mujeres, aunque estos factores pueden influir en su percepción y conocimiento. Lo que se refleja en los relatos de las entrevistadas, la mayoría de las cuales afirmaron que desconocían sus derechos y confiaban en lo que los médicos hacían, siguiendo los procedimientos sin cuestionarlos. Las madres que ya habían vivido un parto anteriormente tenían un poco más de conocimiento sobre el proceso, e incluso una de ellas pudo presentar un plan de parto, aunque luego no se pudo cumplir.

A pesar de que el COVID-19 influyó en todos los ámbitos, generando miedo, desinformación y la necesidad de extremar los cuidados, las madres que ya tenían hijos, valoran positivamente, a pesar del miedo vivido, que solo se permitiera la entrada de un acompañante durante el parto. Esto les permitió un mejor descanso y estar más tranquilas con su hijo recién nacido.

Además, tanto el personal de salud como las madres valoraron la implementación de la Telemedicina, ya que, aunque saturó el sistema en determinados momentos, ha demostrado ser una herramienta útil que se sigue utilizando hasta el día de hoy.

En conclusión, la pandemia influyó en la manifestación de la violencia obstétrica durante el parto, aunque el personal de salud afirme que intentó evitarla. El miedo que ellos mismos experimentaron debido a la situación, junto con la preocupación por la saturación del sistema y la falta de camas, influyó en su trato hacia los pacientes, no solo hacia las embarazadas. A pesar de que las mujeres y sus recién nacidos eran la prioridad, se siguió observando cómo el personal de salud ejercía poder sobre los pacientes. Las madres naturalizan esta dinámica, más aún por el contexto de pandemia en el que se vivía.

Para finalizar, quiero agradecer especialmente a las mujeres que accedieron a las entrevistas, expresar estas experiencias vividas no siempre es sencillo, y muchas mujeres no se sienten capaces de hacerlo. Sin embargo, las cinco madres accedieron a compartir sus historias.

Agradecer la valentía y la buena disposición que tuvieron dado que no fue fácil llegar a ellas por diversas razones; una de ellas es que ha pasado mucho tiempo desde que sus hijos nacieron. Es crucial destacar que, aunque el término "violencia obstétrica" no fue explícitamente mencionado durante las entrevistas, esta forma de violencia de género sigue siendo una de las más invisibles. Muchas madres pueden no estar familiarizadas con este concepto. Sin embargo, gracias al tiempo transcurrido y a las oportunidades de reflexión, a partir de conversaciones con otras madres y/o con profesionales de la salud mental, las mismas pudieron considerar si experimentaron situaciones de violencia obstétrica durante el embarazo, el parto y el postparto.

También me gustaría agradecer al personal de salud. A pesar de que no todos mostraron la misma disposición que las madres al ser entrevistados, algunos accedieron a hablar sobre la violencia ejercida, aunque no siempre se mostraron abiertos, lo que dificultó el diálogo.

Como línea de indagación a futuro en este tema, me gustaría enfocarme en salud pública. Dado que la mayoría de las entrevistadas pertenecían al sector de la salud privada y no todo el personal de salud tenía experiencia en dicho ámbito. Encuentro intrigante explorar si las diferencias observadas entre la salud pública y privada son recurrentes o simplemente coincidieron en este caso particular.

Referencias Bibliográficas

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1), 141-169.
- Casique, L., & Ferreira, A. (2006). Violencia contra la mujer: reflexiones teóricas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14(6)
- Castro, Roberto (2010) "Habitús profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México", en: Castro, Roberto y Lopez, Alejandra (editores) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina, Editorial Facultad de Psicología, Udelar, Montevideo
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. Fronteras, (5), 91-104.
- Corbetta, O. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. McGraw Hill.

- Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., ... Rojo, V. (2011). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial. Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.
- Ferre, Z., Gerstenblüth, M., González, C., Noboa, C., & Triunfo, P. (2020). Informe de la encuesta sobre salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay (Documento de Trabajo / FCS-Decon; 07/20). Udelar. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/25966/1/DT%20E%202020-07.pdf>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual.
- Leonel Briozzo: «mortalidad por Covid-19 de embarazadas afecta más a la población más vulnerada en sus derechos». Universidad de la República. (2021, agosto). Recuperado de <https://udelar.edu.uy/portal/2021/08/leonel-briozzo-mortalidad-por-covid-19-d-e-embarazadas-afecta-mas-a-la-poblacion-mas-vulnerada-en-sus-derechos/>
- Magnone, N. (2010). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización. Tesis de Maestría no publicada, Universidad de la República, Uruguay.
- Magnone, F. (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay: desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres.
- Medina, G. (2008). Violencia Obstétrica. Disponible en <http://www.graciamedina.com/asset>

- Moreno, G. (2021). Mujeres embarazadas y parturientas ante las medidas de contención frente al COVID-19: una mirada en clave de Derechos. Tesis Final de Grado, Facultad de Psicología, UdelaR.
- Olabuénaga, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa (5a ed.). Universidad Deusto Bilbao.
- Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2022). Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional.pdf>
- Serna, C., Moreno, V., González, M., & Cruz, J. M. (2020). Enfermedad infecciosa por coronavirus (COVID-19) en la mujer embarazada y el neonato: impacto clínico y recomendaciones. Metas de Enfermería, Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/81597/enfermedad-infecciosa-por-coronavirus-covid-19-en-la-mujer-embarazada-y-el-neonato-impacto-clinico-y-recomendaciones>
- Tuana, A. (2019). Violencia de género: Discursos patriarcales restauradores de la subordinación de las mujeres. En Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS, 2020), pp. 11-29. Recuperado de <http://www.violenciadomestica.org.uy/publicaciones>
- Velázquez, S. (2003). Violencias cotidianas, violencias de género. Paidós.

Fuentes documentales

- Alerta por aumento de casos de embarazadas con COVID-19 graves en CTI. El País. (2021). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/alerta-por-aumento-de-casos-de-embarazadas-con-covid-19-graves-en-cti>
- Decreto N° 93/020. (2020). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
- Ley N° 17.386. (2001). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/parto/>
- Ley N° 19.580. (2017). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. (2017). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP_RECOMENDACIONES_MUJERES_EMBARAZADAS_COVID_19_0.pdf
- MYSU (2022) Violencia Obstétrica en Cifras Recuperado en <https://drive.google.com/file/d/1602c0grAGG6PFJsWtwybrqp1ouG5FY5e/view>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OPS/OMS. (s.f.). COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacido. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-recomendaciones-para-cuidado-integral-mujeres-embarazadas-recien-nacidos>
- Rev. Méd. Urug. vol.37 no.3 Montevideo set. 2021 Recuperado en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000301206

Anexos:

Pauta de entrevista Mujeres madres

Edad

¿Estuvo embarazada durante la pandemia de COVID-19?

¿Fue su primer embarazo?

¿Fue atendida en salud pública o privada?

Embarazo

- Su embarazo fue normal , de riesgo, o de alto riesgo?
- Los controles estimados para el periodo del embarazo y las ecografías se les realizaron en su totalidad?
- ¿De qué manera se llevaron a cabo los controles durante su embarazo? (Los controles fueron por videollamada o presencial?)
- Usted en este contexto de pandemia, sintió restricciones en cuanto a la presencia de acompañantes? ¿por qué?
- ¿Has tenido dificultades para comunicarte con el personal médico durante la pandemia de COVID-19, lo que te hizo sentir desinformada o insegura acerca de su embarazo o el proceso de parto? pudo presentar un plan de trabajo de parto?

Parto

- ¿Su parto fue parto natural o cesárea?
- En el caso de cesárea, ¿fue planeada con anterioridad?
- ¿Los o las profesionales le permitieron estar acompañada por alguien de su confianza? En el caso de que no, ¿con qué criterio?
- En su parto en el contexto de pandemia ¿Se le brindó la información necesaria tanto a usted como a su acompañante del procedimiento a seguir en el parto? de qué manera fue brindada la misma?
- ¿Usted sintió que el trato en el momento del parto fue el adecuado? (infantilización, omisión de datos, o maltrato (verbal o psicológico)
- ¿Te han realizado procedimientos médicos o intervenciones durante el parto sin su consentimiento o sin explicarle completamente lo que le estaban haciendo y por qué?
Falta de movimiento
- ¿Le exigieron el uso de tapabocas?

Post parto

- ¿Estuvo mucho tiempo esperando para ingresar a una sala? ¿sola o acompañada?
- ¿Tuvo contacto con el bebe el piel a piel en el tiempo adecuado?
- ¿Se sintió acompañada por parte de los médicos?
- ¿Tuvo visitas en el centro de salud?
- ¿Le pareció adecuado el tiempo que estuvieron internados? ¿Cuánto fue?

Para finalizar

- ¿Has recibido apoyo y atención para tu salud mental y emocional adecuada durante el embarazo, parto y postparto, especialmente considerando el contexto de pandemia ?
- ¿Está satisfecha con la atención médica recibida durante su embarazo, parto y postparto?
- ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia durante el embarazo, parto y postparto durante la pandemia de COVID-19?

Pauta de entrevistas personal de salud

¿Cual es su profesión?

¿Trabajo durante la pandemia en salud pública o privada?

¿Vio diferencias entre lo público y privado durante la pandemia por Covid 19?

- ¿Hay algún aspecto en la atención a las mujeres embarazadas que considere que ha cambiado durante la pandemia?
- ¿Ha habido situaciones en las que las mujeres embarazadas han manifestado sentirse incómodas durante el embarazo, parto o postparto en la pandemia?
- ¿Ha notado un aumento en las quejas o inquietudes de las mujeres embarazadas sobre su experiencia durante el embarazo, parto o postparto desde que comenzó la pandemia?
- ¿Cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 a la comunicación entre el personal de salud y las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto?
- ¿Se ha brindado suficiente información y apoyo emocional a las mujeres embarazadas en su institución durante la pandemia de COVID-19?