



**Síntesis de los Foros de Discusión del Curso Virtual ESAMyN  
“Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto  
Covid-19”**

Antropóloga Paula Hermida Bermeo  
FIGESS

Quito  
Febrero, 2021

Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”

## Síntesis de los Foros de Discusión del Curso Virtual ESAMyN

### 1. Módulo 1: la estrategia ESAMyN en el contexto de la pandemia de Covid-19

Dado que los contenidos del primer módulo se centraron en los componentes de la normativa ESAMyN y su implementación, el foro correspondiente se propuso conocer la experiencia de los participantes del curso y de sus establecimientos de salud respecto a dos temas concretos: a) ¿cuáles son las prácticas de la normativa ESAMyN más difíciles de implementar en el contexto de la pandemia COVID-19, y b) ¿cómo se ha visto afectada la implementación de la normativa ESAMyN por la pandemia de Covid-19?

#### 1.1 Prácticas de la normativa ESAMyN con mayor dificultad de implementación

##### 1.1.1. Dificultad para captar embarazadas y realizar controles prenatales

De acuerdo a los participantes, el principal obstáculo para cumplir la normativa ESAMyN fue la falta de implementación de controles prenatales, lo cual conlleva problemas como la desinformación de las madres sobre sus derechos, falta de información clínica sobre el estado del embarazo, y el incremento de embarazos de alto riesgo y partos prematuros. Los participantes señalaron que la falta de controles prenatales está fuertemente vinculada a la incapacidad de captar gestantes en el primer nivel de atención.

"existe desde el primer nivel una limitante que nos impide realizar captaciones tempranas para obtener la cobertura de controles prenatales establecida, esto va a ocasionar que lleguen usuarias al segundo nivel con escasos controles prenatales y en algunas ocasiones sin controles, por ende, [con] poco o nulo empoderamiento de su estado prenatal y de su parto"<sup>1</sup>.

El primer nivel no solo fallaría en su capacidad de captar gestantes, sino que, además, los controles realizados no siempre serían de la mejor calidad. Los motivos que explican estas deficiencias serían diversos: falta de personal médico suficiente para realizar trabajo extramural, acompañado de la constante rotación del mismo; alta demanda de atención de gestantes; tiempos reducidos para citas; y resistencia a la atención prenatal en poblaciones originarias.

“Uno de los nudos críticos que se ha observado desde la implementación de la normativa en nuestro establecimiento y se sigue presentando es el problema de la captación temprana para la cobertura de los controles prenatales, pues los primeros controles se siguen registrando durante el 2do trimestre y en casos extremos en el 3er trimestre, aunque mantenemos una concentración de

---

<sup>1</sup> Participante del Foro 1. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

3 controles, en base a las atenciones subsecuentes, esto se debe a las limitantes de talento humano que tenemos para realizar la captación en terreno en el trabajo extramural, ya que no contamos con los equipos EAIS suficientes para la población asignada”<sup>2</sup>.

Además de las dificultades en los controles prenatales, los participantes mencionaron, en menor medida, problemas para implementar las sesiones de educación prenatal dirigida a las gestantes debido a la falta de espacios adecuados y la incompatibilidad de horarios de las embarazadas.

### *1.1.2. Dificultades en la promoción e implementación de la lactancia materna*

Otra práctica difícil de implementar identificada con frecuencia por los participantes sería la lactancia materna exclusiva y la educación para promover la lactancia. La lactancia materna dentro de los establecimientos se dificulta porque en ocasiones las madres se sentirían demasiado incómodas y adoloridas luego de su cesárea para ofrecer el pecho al recién nacido, o debido a la falta de lactarios o bancos de leche. Fuera de los establecimientos la lactancia encuentra obstáculos porque las madres usan leche de fórmula ya sea debido a que laboran fuera de su hogar o porque piensan que esta leche contribuye al desarrollo del recién nacido.

"Yo considero que es la lactancia materna ya hay mamitas que en la actualidad salen de sus hogares a trabajar dejando al niño con cuidadoras y perdemos el afecto de madre e hijo y que en ocasiones estas no cumplen con los parámetros del manejo de un lactante y esto conlleva a que por la falta de conocimientos se cometan errores como por ejemplo de alimentarlos con leche de fórmula”<sup>3</sup>.

La promoción de la lactancia materna, por su parte, se ha obstaculizado debido a la situación de pandemia y la restricción de movilidad, impidiendo que las madres accedan a las charlas y a los grupos de apoyo, los cuales, además, no siempre existen en cada localidad. Además, las gestantes no siempre disponen de acceso a internet y redes sociales para participar en grupos de apoyo que utilizan esta tecnología.

"{el más difícil de implementar} es el componente de la lactancia materna, debido a que no se ha podido referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia al momento del alta. Porque el país se encuentra en emergencia y hay restricciones en las salidas de sus hogares, para evitar contagio, además no todas cuentan con acceso de internet para realizar videollamadas”<sup>4</sup>.

### *1.1.3. Dificultades para implementar el acompañamiento en el parto y puerperio*

El acompañamiento durante el parto y el puerperio fue también identificado con frecuencia como una práctica difícil de llevar a cabo dado que la pandemia impuso el distanciamiento físico y generó temor de contagio del personal de salud, embarazadas y familiares. Más allá del contexto de pandemia, el acompañamiento también se vería dificultado por causas variadas como

---

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

reticencia del personal de obstetricia a estas prácticas, y por la falta de infraestructura adecuada, por ejemplo, cuando la sala de partos y el quirófano comparten espacio, o cuando la sala de partos no cuenta con separaciones que garanticen la privacidad. También se manifiesta la dificultad de implementar el acompañamiento en el caso de cesáreas.

"...al no contar una infraestructura hospitalaria adecuada, ha dificultado la implementación de algunas acciones. Las más difíciles han sido el acompañamiento durante el parto, pues la sala de parto y quirófano quedan en el mismo ambiente, es decir en el centro quirúrgico y con limitado espacio físico, lo que impide el cumplimiento de esta normativa..."<sup>5</sup>.

#### *1.1.4. Dificultades para implementar el apego precoz y el parto humanizado*

En menor medida se mencionaron dificultades para implementar el apego precoz, obligando en ocasiones a reducir el tiempo del apego o a no llevarlo a cabo, debido a que los establecimientos tienen una alta demanda de atención y pocos profesionales para la misma, o porque en ciertas unidades es difícil establecer una temperatura ambiente adecuada en las salas.

"Otras de las prácticas que se hace difícil lograr del todo es el apego precoz y no porque no se sepa lo que hay que hacer y cómo hacerlo, en nuestro caso es que se realiza un apego incompleto dado por la premura de los profesionales que en muchas ocasiones es uno sólo a cargo de la emergencia, de sala de parto que en ocasiones están atiborrados de pacientes por atender y solo hacen un apego inicial interrumpiéndolo para luego proseguir con las mediciones y los otros procedimientos al Recién Nacido que pudieran esperar a que se complete el apego, en este caso creo que por fuerza mayor no se logra del todo este importante paso"<sup>6</sup>.

Asimismo, en menor medida, se mencionaron problemas para implementar el parto humanizado, explicándolos en función de lo complejo que resulta contar con infraestructura o espacios adecuados para el efecto, lo cual demanda presupuesto, y en virtud de la insuficiente cantidad de personal de salud acompañada de la alta carga de atención:

"...desde mi punto de vista, sin duda el parto humanizado, ya que no se puede brindar la atención como se debería por muchas limitantes como por ejemplo, personal insuficiente (ausencias por enfermedad de Covid-19), por la cantidad excesiva de pacientes gineco-obstétricas, reducción del espacio físico, instalaciones improvisada para la atención de pacientes sintomáticas respiratorias"<sup>7</sup>.

## **1.2 Repercusiones de la pandemia de Covid-19 en las recomendaciones ESAMyN**

### *1.2.1. Falta de controles prenatales*

---

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid.

Al determinar las prácticas de ESAMyN afectadas por la pandemia de Covid-19, los participantes del foro mencionaron con más frecuencia los controles prenatales que, como vimos, ya se identificaron entre las recomendaciones ESAMyN más difíciles de implementar. En esta ocasión, los participantes se refirieron a la imposibilidad de dar seguimiento a los embarazos de riesgo y dieron más detalle sobre las causas de los controles reducidos: carencia de personal de salud para llevar a cabo los controles prenatales debido a la emergencia; embarazadas que no acuden a los controles debido al temor al contagio, restricciones de movilidad, limitaciones en el transporte y falta de recursos económicos.

"...una de las prácticas de la normativa ESAMyN que en la pandemia no se ha continuado mes a mes es el control prenatal. Muchas mujeres embarazadas por temor al contagio dejaron de asistir a los controles prenatales en los centros de salud, algunas pacientes nos han llegado en las últimas instancias del embarazo o incluso han optado por consultas privadas en su domicilio con lo cual se ha dejado de intervenir y clasificar a pacientes durante su embarazo es decir si son pacientes con o sin riesgo"<sup>8</sup>.

Adicionalmente, durante la pandemia algunas unidades de salud cerraron sus consultas externas e interrumpieron su atención prenatal.

### *1.2.2. Falta de acompañamiento familiar durante el parto*

De acuerdo a una buena porción de los participantes, la Covid-19 afectó el acompañamiento de un familiar durante el parto. Si bien este tema también fue identificado en la sección anterior, aquí se obtuvo mayor detalle sobre los factores asociados a la Covid-19 que llevaron a la interrupción o merma del acompañamiento: la falta de equipos de protección para familiares, que de por sí ya eran escasos para el personal de salud; el distanciamiento social requerido en la emergencia sanitaria; el temor de contagio experimentado por el personal de salud y familiares; y la carencia de pruebas rápidas que permitiesen la permanencia de acompañantes en las salas de atención. La infraestructura hospitalaria también contribuyó, pues muchas veces los espacios son demasiado pequeños para permitir la presencia de varias personas, más aún cuando se requiere una medida de distanciamiento en pandemia.

"en este momento de pandemia de COVID 19 más aun ha restringido el cumplimiento sobre todo en el componente parto y puerperio, el acompañamiento de un familiar, por el tema del distanciamiento social, y falta de implementos de bioseguridad, que escasea para el personal, no digamos así para los familiares y acompañantes"<sup>9</sup>.

### *Inasistencia a establecimientos de salud para atención del parto y aumento de partos domiciliarios*

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

Asimismo, se mencionó la repercusión de la pandemia en la atención del parto, pues, como se dijo en la sección anterior, muchas gestantes dejaron de acudir a las unidades de salud para sus controles prenatales y para atenderse el parto, en su lugar prefiriendo la atención domiciliaria, lo cual conllevó complicaciones obstétricas o neonatales (como hemorragias del tercer trimestre, trastornos hipertensivos sin control, y sepsis puerperal y neonatal), además de generar tiempos de estancia hospitalaria prolongados.

"... en lo que usted refiere que las pacientes y sus familiares sienten miedo de acudir a los hospitales, pues la población mira a estas dependencias como lugares de alto riesgo para el contagio del virus, por lo que las parturientas acuden en un porcentaje considerable en una etapa de trabajo de parto avanzado en algunas ocasiones llegan en periodo expulsivo y piden el alta temprana, expresando su miedo al contagio, este miedo además ha incrementado el riesgo obstétrico y las complicaciones en el parto, porque algunas mujeres intentan primero el parto en casa o con partera para ello han utilizado medicación administrada por partera o familiares, así como preparados caseros, cuando no ha tenido éxito el parto tratado de esta manera, entonces ahí acuden al hospital".

#### *1.2.3. Falta de promoción de la lactancia y falta de educación prenatal*

Otras prácticas afectadas por la Covid-19 que los participantes mencionaron, aunque en menor medida, son la educación para la lactancia exclusiva y la educación prenatal, puesto que muchas gestantes dejaron de acudir a los establecimientos y/o los grupos de apoyo a la lactancia o los clubes de embarazadas de las unidades de salud dejaron de funcionar por la emergencia sanitaria. Algunas unidades que dejaron de ofrecer estos servicios presencialmente implementaron la educación mediante grupos de whatsapp o charlas de Zoom, sin embargo, no todas las gestantes o madres tenían acceso a internet y redes sociales.

"...no se ha podido referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia al momento del alta. Porque el país se encuentra en emergencia y hay restricciones en las salidas de sus hogares, para evitar contagio, además no todas cuentan con acceso de internet para realizar video-llamadas".

#### *1.2.4. Falta de implementación del apego precoz y lactancia exclusiva*

La implementación del apego precoz y de la lactancia exclusiva también se afectó por la necesidad de separar a las madres sospechosas de Covid-19 de los recién nacidos, y por el alto número de partos unido a la falta de personal de salud suficiente.

Finalmente, un número mucho más reducido de participantes mencionó problemas para brindar atención al recién nacido, así como realizar tamizaje de VIH y sífilis por falta de reactivos durante la pandemia.

## **2. Módulo 2: la normativa ESAMyN para el componente prenatal en el contexto Covid-19**

El módulo 2 del curso se enfocó en el estudio de las recomendaciones de la normativa ESAMyN para la atención prenatal. Consecuentemente el foro indagó sobre la experiencia de los participantes y sus establecimientos en dos temas: a) dificultades en la epidemia COVID-19 para cumplir con las recomendaciones ESAMyN en la atención prenatal; b) alternativas tomadas por las unidades de salud para implementar la normativa ESAMyN en el componente prenatal.

### **2.1 Dificultades para cumplir el componente prenatal de la normativa ESAMyN por la Covid-19**

#### *2.1.1. Interrupción de la atención prenatal por cierre de la consulta externa*

Casi todos los participantes del curso mencionaron que la principal dificultad para la atención prenatal fue el cierre de la consulta externa, especialmente en los meses iniciales de la pandemia por Covid-19, lo cual trajo como consecuencia que la gran mayoría de embarazadas no pudo acceder a controles prenatales en ese período, ya sea para controles iniciales o subsecuentes, y solo aquellas pacientes consideradas de alto riesgo recibieron atención a través de los servicios de emergencia. Algunas unidades de salud cerraron sus consultas externas para convertir este espacio en área de atención de pacientes Covid-19, mientras que otras unidades suspendieron sus servicios para evitar el contagio, o debido a que no existía personal de salud disponible.

"durante el semáforo rojo de la pandemia se suspendió consulta externa del hospital, sin embargo, se controla los casos más emergentes por el servicio de emergencia y luego al cambiar a semáforo amarillo, el control prenatal se ha dado casi con normalidad"<sup>10</sup>.

#### *2.1.2. Inasistencia de las embarazadas a las unidades de salud para recibir atención prenatal*

Otra dificultad identificada con frecuencia fue la no asistencia a las unidades de salud por parte de las embarazadas para controles prenatales, para hacerse exámenes de laboratorio y para recibir educación prenatal; aquí vale especificar que unas pocas unidades no cerraron sus servicios, mientras que otras reabrieron los mismos después de un periodo inicial, pese a lo cual las embarazadas no acudieron a los establecimientos. Esto tuvo diferentes motivos vinculados a la pandemia ya expuestos en la sección anterior, pero vale la pena mencionarlos nuevamente: ante todo el temor de las mujeres de contagiarse; las restricciones en la movilidad y la falta de transporte; falta de dinero para costear transporte privado; falta de información sobre la Covid-19, e incluso migración de embarazadas que perdieron sus plazas de trabajo.

"las principales dificultades que hemos tenido que enfrentar para cumplir las recomendaciones de ESAMyN en el componente prenatal ha sido lidiar con la disminución de las coberturas y concentraciones de los diferentes servicios en salud materno-neonatal ,pues de una forma u otra la

---

<sup>10</sup> Participante del Foro 2. Curso "Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19". Octubre, 2020.

pandemia ha interferido con la movilidad de los pacientes en general , ya sea por restricción al libre tránsito , por miedo al contagio , por el factor económico, etc., por todo esto se ha visto afectado grandemente el proceso de atención prenatal así como la disminución además de la cobertura en el proceso de educación prenatal , interconsultas , realización de exámenes, etc.”<sup>11</sup>.

### *2.1.3. Interrupción de la educación prenatal*

Una cantidad un tanto menor de participantes refirió como problema la interrupción de la educación prenatal en virtud de que sus establecimientos no contaban con un espacio físico suficientemente amplio para llevar a cabo las sesiones con distanciamiento, o porque esos espacios fueron usados para atender a pacientes Covid-19.

### *2.1.4. Disminución de tamizaje de VIH y sífilis*

Asimismo, según relataron unos cuantos participantes, en el período de pandemia analizado habría disminuido en gran medida la realización de pruebas de VIH y sífilis a embarazadas por la falta de pruebas rápidas y reactivos necesarios, lo cual aumentó el riesgo de transmisión vertical.

"Otros de los pasos del componente prenatal que se ha visto afectado y sobre todo en estos últimos meses ha sido una disminución en la cobertura y tamizaje de VIH por falta de pruebas rápidas de VIH que según autoridades algunos de los recursos destinados a esta estrategia fueron destinados a la pandemia por COVID19 lo que ha dado al traste con el cumplimiento 100 % de esta importante estrategia".

### *2.1.5. Falta de articulación con agentes de medicina tradicional*

Algunos participantes también identificaron la articulación con agentes de la medicina tradicional para fines de la atención prenatal como un aspecto afectado debido a la dificultad de trabajar presencialmente con este grupo en medio de la pandemia. Sin embargo, también se mencionó que, de manera general, la coordinación con los agentes de salud tradicionales es un tema de difícil implementación por falta de estrategias específicas o porque los establecimientos de segundo nivel difícilmente pueden establecer conexiones directas con estos actores a nivel comunitario.

### *2.1.6. Falta de recursos humanos y otro tipo de recursos necesarios para la atención*

Unos cuantos participantes identificaron la falta de recursos humanos y recursos de otro tipo al interior de las unidades de salud como una dificultad para la atención prenatal. En algunos casos se habrían dado despidos y suspensión del personal de salud, en otros casos dicho personal enfermó o se ausentó por motivo de la pandemia, lo cual provocó menos seguimiento de las embarazadas y menos tiempo para la atención, a más de aumentar la carga laboral. También

---

<sup>11</sup> Ibid.



habría existido una carencia de recursos como ecografías y medicamentos necesarios para la atención prenatal.

## **2.2 Alternativas para implementar la normativa ESAMyN en el componente prenatal**

### *2.2.1. Atención prioritaria a embarazadas en riesgo a través del servicio de emergencia*

La principal alternativa para brindar atención prenatal de acuerdo a la normativa ESAMyN fue priorizar la atención de las gestantes de alto riesgo principalmente a través del servicio de emergencia.

“Dentro de las acciones que el establecimiento de salud ha tomado para la implementación del componente prenatal básicamente ha sido la atención por el área de emergencia de las embarazadas de alto riesgo y llevar el seguimiento individualizado de cada una para la interrupción obstétrica oportuna”.<sup>12</sup>.

En ciertos casos los hospitales incluso realizaron visitas domiciliarias de sus especialistas para garantizar la atención de embarazadas de alto riesgo.

“una de las medidas implementadas en nuestro hospital eran las visitas domiciliarias de pacientes de más alto riesgo por parte de los especialistas para minimizar la morbimortalidad por la suspensión y reducción de las consultas externas”<sup>13</sup>.

Esta alternativa se apoyó en la coordinación con el primer nivel de atención o con otros establecimientos de salud que refirieron a las gestantes y les dieron seguimiento posterior.

“las acciones que hemos tomado es realizar enlaces con el primer nivel para que nos refieran las pacientes de alto riesgo para poderlas atender en la emergencia mientras se abra la consulta externa, así como también la realización de exámenes tanto de imagen como de laboratorio y en lo que concierne a mi persona siendo punto focal para poder guiar o direccionar al primer nivel en cuanto a la atención de estas pacientes”<sup>14</sup>.

### *2.2.2. Trabajo comunitario o extramural para identificar embarazadas*

Asimismo, la estrategia conllevó la ejecución de trabajo comunitario o extramural para captar gestantes en riesgo o con sospecha de Covid-19, respaldándose en el apoyo de líderes comunitarios y comités locales de salud. Sin embargo, la estrategia de captación comunitaria no siempre pudo ser sostenida debido a la carencia de personal suficiente. En determinadas unidades de salud incluso se utilizaron aplicaciones como Zoom para mantener reuniones con los comités locales, o se emplearon llamadas telefónicas para captar a las gestantes.

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Ibid.

"es muy difícil aumentar el porcentaje de cobertura debido a las limitantes que hoy en día tenemos por la falta de personal para cubrir el trabajo extramural, una alternativa que hemos optado es solicitar ayuda a los líderes barriales para que estos nos informen de la presencia de embarazadas no captadas en la comunidad, esta solicitud se hace mediante las reuniones periódicas vía zoom que se realizan con el comité local de salud..."<sup>15</sup>.

### 2.2.3. *Uso de aplicaciones informáticas para brindar atención y dar seguimiento*

Otra alternativa frecuente para dar atención prenatal en el contexto de la Covid-19 fue el uso de aplicaciones o programas informáticos en reemplazo de las formas presenciales de atención. Las unidades de salud tuvieron personal en la modalidad de teletrabajo lo cual les motivó a usar aplicaciones y programas como Whatsapp o Zoom para mantener video-llamadas con diversos fines: dar seguimiento a las gestantes; concertar citas presenciales; dar continuidad a los grupos de educación prenatal y de apoyo a la lactancia materna, y realizar capacitaciones del personal de salud.

"La mayoría de los profesionales que se acogieron al teletrabajo apoyan dando seguimiento a las gestantes por medio de la plataforma Whatsapp, orientándolas y coordinando atenciones oportunas sea por la emergencia o consulta externa del hospital"<sup>16</sup>.

En ciertas unidades las aplicaciones como Whatsapp también sirvieron para coordinar el seguimiento entre el segundo y el primer nivel de atención.

"Considero muy buena esta estrategia del whatsapp para retroalimentación con el nivel primario para el seguimiento los casos mayor riesgo; en nuestro caso también nos apoyamos en una Matriz de Egreso que nos envía el Segundo nivel con todos los datos del paciente porque sucede que en ocasiones se hace difícil encontrar un paciente en el chat del whatsapp sobre todo cuando han pasado varios días"<sup>17</sup>.

Cabe mencionar que algunos participantes manifestaron estar conscientes de que esta opción de atención tuvo sus propios inconvenientes y quizás no fue ideal, sin embargo, era la alternativa disponible al momento.

"...en un esfuerzo por mantener la continuidad de las atenciones subsecuentes se localizó a las pacientes con los datos de admisión y con personal de teletrabajo se mantuvo el contacto con ellas en un intento de telemedicina. En realidad, se trata de un conversatorio con la paciente en el que se integran aspectos educativos y recomendaciones para su cuidado. Cabe mencionar que muchas pacientes expresan sentimientos de desconfianza debido a que no conocen a los profesionales y se sienten amenazadas por la gran cantidad de delitos por vía virtual"<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

#### *2.2.4. Adecuación de espacios físicos para brindar atención prenatal de forma segura*

Una alternativa adicional para implementar la atención prenatal en los establecimientos, mencionada con relativa frecuencia, fue adecuar los espacios de consulta externa y atención gineco-obstétrica con el fin de evitar el contagio. Esto implicó, en ciertos casos, trasladar el área de ginecoobstetricia a otra institución de salud que no atendió a pacientes Covid-19, o separar las áreas de atención de pacientes regulares y de pacientes Covid-19 dentro de la misma unidad.

"...quiero compartir con usted lo que hicimos en el centro de salud para disminuir los riesgos de contagio a los usuarios en control y entre ellos las embarazadas, se optó por realizar una reestructuración del centro de salud y de los flujos de atención, separando totalmente el área de la consulta externa del área de emergencia general, el área de emergencia obstétrica y el área de atención a pacientes sospechosos o Covid positivos. Guardando medidas de bioseguridad con la finalidad de disminuir los riesgos para usuarios externos e internos. Pienso que el control prenatal de la embarazada debe ser presencial 100% para realizar una buena valoración"<sup>19</sup>.

En otras unidades se evitó que las gestantes estuvieran en peligro de contagio estableciendo días y horarios de atención exclusivos para ellas, o instaurando horarios de atención en la consulta externa, una vez que abrió nuevamente, a fin de garantizar el flujo organizado de pacientes y el distanciamiento social.

#### *2.2.5. Priorización de pacientes para el tamizaje de VIH y sífilis*

Según relataron unos cuantos participantes, el tamizaje de VIH y sífilis se realizó en casos puntuales (parturientas en riesgo que llegaban a emergencias, embarazadas en controles iniciales), debido a que no se tenían suficiente cantidad de pruebas y reactivos.

#### *2.2.6. Medidas para dar continuidad a la educación prenatal*

En lo que respecta a la educación prenatal, participantes de contadas unidades de salud relataron que continuaron con esta actividad en los espacios de emergencia o en salas de tamizaje durante la pandemia; alternatively dieron charlas para motivar a las mujeres a acudir al control prenatal y despejar sus dudas sobre el embarazo y la Covid-19 y, en otros casos, crearon hojas con información básica para entregar a las embarazadas que acudían a ser atendidas por emergencia.

#### *2.2.7. Medidas relacionadas al manejo del Covid-19 en embarazadas*

Finalmente, de acuerdo a unos pocos participantes, sus unidades de salud tomaron medidas para la detección y tratamiento del Covid-19 entre las embarazadas, por ejemplo, realizar pruebas de

---

<sup>19</sup>Ibid.

detección a las embarazadas, implementar protocolos de atención a embarazadas con Covid-19 y capacitar al personal sobre estos temas.

### **3. Módulo 3: la normativa ESAMyN para atención del parto y postparto en el contexto del COVID-19.**

En el módulo 3 se trató las recomendaciones ESAMyN para la atención del parto y postparto, por lo que el foro correspondiente preguntó a los participantes sobre las dificultades que tuvieron para implementarlas en sus unidades de salud debido a la pandemia, y sobre las acciones alternativas que tomaron en los establecimientos para cumplir con la normativa.

#### **3.1 Dificultades para cumplir recomendaciones ESAMyN para atención del parto y postparto**

##### *3.1.1. Dificultades para implementar el acompañamiento en parto y postparto*

La principal dificultad identificada por los participantes fue no poder implementar el acompañamiento durante el parto y postparto por motivos que se enumeran a continuación, del más común al menos común: a) falta de equipos de protección; b) falta de pruebas rápidas; c) espacio reducido; d) protocolos que disponen el distanciamiento social; e) temor de contagio.

La falta de acompañamiento durante el parto y postparto ya fue identificada anteriormente por los participantes como uno de los efectos de la Covid-19 en la implementación de la normativa ESAMyN. En esta ocasión, las respuestas permitieron evidenciar que la falta de equipos de protección personal (mascarillas, batas, guantes) para los acompañantes fue una situación que se dio prácticamente en todos los establecimientos de salud de los participantes. La carencia de estos insumos no solo afectó a los familiares de las usuarias, sino también a las pacientes y al propio personal de salud, que incluso, en un caso mencionado, tuvo que proveerse de su propio equipo de protección.

“La principal dificultad para cumplir las recomendaciones del ESAMyN en la atención del parto y post-parto fue el acompañamiento durante y después del parto, por falta de prendas de protección para los acompañantes y falta de pruebas rápidas para realizar a los acompañantes que ingresaba y a las pacientes, incluso hemos tenido dificultades para las prendas de protección de los servidores en múltiples ocasiones”<sup>20</sup>.

Al hablar del espacio reducido como limitante para el acompañamiento, algunos participantes indicaron que esta situación no se limitó a la pandemia reciente, sino que se trata de una constante en sus unidades ya que la sala de partos se encuentra dentro del centro quirúrgico. En otras unidades de salud, se contaba con poco espacio para la atención y el acompañamiento porque durante la pandemia recibieron muchas embarazadas de otros establecimientos dedicados

---

<sup>20</sup> Participante del Foro 3. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

a la atención de pacientes Covid-19, o porque adecuaron áreas pequeñas para la atención de embarazadas con Covid-19.

### *3.1.2. Dificultades para implementar el apego precoz y la lactancia materna*

La segunda práctica ESAMyN que los participantes calificaron como difícil de implementar fue el apego precoz y, consecuentemente, la lactancia materna en el momento del nacimiento. De acuerdo a varios participantes, los recién nacidos fueron separados de sus madres y otros familiares para evitar el contagio. La separación no solo aplicó a las madres tenía Covid-19 y eran llevadas a un área aislada o a otro establecimiento, sino también, en ciertas unidades, a todas las madres atendidas, especialmente al inicio de la pandemia cuando aún no se conocía plenamente las formas de transmisión del virus. Otro participante mencionó que en su unidad los recién nacidos son separados de sus madres hasta que se obtengan los resultados de una prueba PCR.

Asimismo, el temor al contagio significó que unas cuantas madres con Covid-19 suspendieran la lactancia pese a los consejos contrarios del personal de salud.

“...otra dificultad que se pudo observar en las mujeres con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID es la dificultad para mantener la lactancia, las madres pese a la información brindada tienen temor de exponer a los recién nacidos, motivo por el cual se debía insistir mucho en mantener la lactancia, y en el caso de las madres positivas el hospital no disponía de recursos suficientes para dotar de mascarillas para el manejo en domicilio”<sup>21</sup>.

La lactancia también se vio afectada porque, como se mencionó en secciones anteriores, en algunas unidades se interrumpió la actividad de los grupos de apoyo y la promoción de esta práctica.

En contados casos, la dificultad para implementar el apego se asoció a camas inadecuadas que no permiten el alojamiento conjunto en sala de partos, o a la falta de personal de salud suficiente. Adicionalmente, un participante reportó que en su unidad de salud el apego precoz se realiza solo el momento del parto.

### *3.1.3. Ausencia de un espacio acogedor, privado y adecuado para la atención del parto y puerperio*

En tercer lugar, los participantes consideraron que las características del espacio donde se atendía el parto y el postparto representaron un obstáculo para implementar la normativa ESAMyN, pues el ambiente era: a) poco acogedor; b) no ofrecía condiciones de privacidad y de respeto a prácticas interculturales; c) era muy reducido y no permitía realizar procedimientos habituales al recién nacido.

---

<sup>21</sup> Ibid.

“No se garantiza un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales por el espacio reducido, solamente contamos con dos espacios pequeños para la atención de los partos. No se pueden realizar todos los procedimientos habituales del recién nacido frente a la madre, porque el espacio es demasiado pequeño y no se puede hacer las medidas antropométricas (peso, talla, perímetros) ni hacer las profilaxis”<sup>22</sup>.

En estos casos no queda claro si las dificultades de infraestructura han sido generadas por la situación de pandemia o si son preexistentes. En cambio, otros participantes se refirieron a problemas con el espacio generados explícitamente por la emergencia sanitaria, por ejemplo, el tener que cambiar el área de atención de trabajo de parto y postparto a espacios más pequeños e inadecuados:

“...fue necesario realizar cambios internos acompañado de ciertas adecuaciones en relación a los espacios de atención pues se realizó el cierre de la unidad de UTPR ( Unidad de trabajo de parto y recuperación) la cual fue destinada solo a la atención de pacientes COVID19 lo que nos obligó a trasladar el seguimiento del trabajo de parto y recuperación post-parto a una sala abierta donde la privacidad y movilidad eran limitadas, sumado a esto se trasladó la atención del parto a la sala de shock la cual fue adecuada temporalmente para este tipo de atención con ciertas limitaciones de espacio , aunque se adecuó de manera que fuera posible el parto al menos en libre posición”<sup>23</sup>.

Asimismo, la pandemia ocasionó que algunas unidades establezcan áreas destinadas para la atención de madres con Covid-19, las cuales, al ser espacios improvisados, no necesariamente contaban con las condiciones para seguir las recomendaciones ESAMyN.

#### *3.1.4. Carencia de insumos y recursos humanos para la atención*

Algunos participantes mencionaron que toda la atención del parto y postparto según la normativa ESAMyN se vio afectada de manera general por la falta de equipos de protección, escasez de pruebas rápidas, y falta de personal de salud disponible para implementar adecuadamente la normativa, pues los profesionales fueron reasignados a espacios de atención de la Covid-19.

#### *3.1.5. Dificultades relacionadas a la preparación para el parto y la entrega de la placenta*

Una cantidad mínima de participantes mencionó que la atención del parto y postparto se vio afectada por la interrupción de controles prenatales y la consecuente falta de preparación para el parto entre las pacientes. Un número similar de participantes indicó que sus unidades tenían problemas para implementar la entrega de la placenta, ya sea porque este tema no ha sido suficientemente aclarado, porque habría dificultades legales para la entrega, o porque no existe la costumbre de hacerlo, tanto entre el personal de salud como entre las pacientes.

---

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

### **3.2 Alternativas para implementar la normativa ESAMyN en el componente de parto y postparto**

#### *3.2.1. Acompañamiento en circunstancias especiales y/o en ciertos momentos*

Ante la dificultad de implementar el acompañamiento durante el parto y postparto, los participantes reportaron que, como alternativa, permitieron el acompañamiento en circunstancias especiales, por ejemplo, cuando la madre presentaba alguna vulnerabilidad o condición que le impedía atender adecuadamente al neonato: embarazadas con discapacidad, embarazadas adolescentes, embarazadas primerizas, embarazadas con parto gemelar o complicaciones obstétricas, etc.

“En la actualidad la normativa ESAMyN casi en su totalidad se está implementando en nuestro Hospital, aunque no contemos con suficiente equipo EPP para el acompañamiento, se está realizando, dando prioridad a embarazada adolescentes o embarazadas primigesta”<sup>24</sup>.

Otras unidades decidieron permitir el acompañamiento solo en determinadas etapas de la atención del parto, las cuales variaron según cada establecimiento específico.

“Actualmente lo que se está permitiendo es el acompañamiento durante el trabajo de parto y el puerperio; durante el parto no en vista de que en esta casa de salud el uso de EPP y las pruebas rápidas son muy limitadas”.

Las unidades que sí permiten acompañamiento durante el parto utilizan pruebas rápidas y proveen de equipos de protección a los familiares.

“...contamos de nuevo con los espacios físicos pero mantenemos el acompañamiento solo en el momento del parto bajo las medidas de bioseguridad correspondientes pues unas de las nuevas medidas implementadas fue la realización de pruebas rápidas de covid19 a todas las gestantes en trabajo de parto junto con las pruebas de VIH, VDRL Y HEPATITIS B”<sup>25</sup>.

Otros participantes mencionaron que el acompañamiento se permite, pero de manera intermitente o durante un tiempo muy limitado para evitar el riesgo de contagio, por ejemplo, el acompañamiento en el puerperio por unos minutos. Adicionalmente, en una unidad donde se permitió el acompañamiento para pacientes Covid-19, se creó una sala de espera para acompañantes a fin de prepararlos antes de ingresar a sala. En otra unidad se utilizó la aplicación WhatsApp para realizar video-llamadas en reemplazo del acompañamiento.

#### *3.2.2. Información permanente a familiares sobre el estado de salud de las embarazadas*

---

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Ibid.

Otra alternativa reportada por los participantes ante la imposibilidad de implementar el acompañamiento fue el dotar constantemente de información a los familiares sobre el estado de salud de las pacientes.

“Se mantienen informados continuamente a los familiares sobre la evolución del trabajo de parto y parto, ya que no se puede hacer el acompañamiento; y se decidió dar información a familiares sobre la evolución del recién nacido que requiera internación”<sup>26</sup>.

Unos cuantos participantes mencionaron que no solo se trató de proveer información a los familiares sobre el progreso de la embarazada, sino también de ofrecerles apoyo emocional y escucha durante el proceso de atención, así como darles información sobre el cuidado y manejo del recién nacido.

### *3.2.3. Autogestión para dotarse de equipos de protección*

Ante la falta de equipos de protección, los participantes reportaron que sus unidades de salud emplearon la autogestión para obtener estos insumos como alternativa. Las autoridades de las unidades solicitaron donaciones de equipos a instituciones privadas y públicas para subsanar el déficit existente.

“Con la colaboración de la Alcaldía del municipio Cotacachi, se donó al Hospital, mascarillas, prendas de protección, y de pruebas rápidas, lo que permitió iniciar el acompañamiento a las gestantes en labor de parto”<sup>27</sup>.

Los equipos de protección no solo fueron gestionados por autoridades, sino también por el propio personal de salud que en determinados casos adquirió estos insumos para su protección.

“...en nuestro hospital los profesionales de salud, adquirimos nuestras propias prendas de protección y eso permitió que las autoridades del hospital dispongan de las prendas que recibieron de distintas donaciones las destinen a las pacientes, luego que las donaciones que los directivos gestionaron en el cantón aumentaron entonces proveyeron también a los profesionales en medida de la posibilidad, en otras ocasiones hicimos aportes entre todos para adquirir principalmente mascarillas es así que mantuvimos la calidad de la atención”<sup>28</sup>.

### *3.2.4. Atención de embarazadas con Covid-19 con adecuaciones y bajo normas bioseguridad*

Unos cuantos participantes manifestaron que dentro de sus unidades se establecieron espacios exclusivos para la atención de embarazadas con Covid-19, ya se trate de salas de parto, quirófanos

---

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.



o salas de postparto aisladas. En estas últimas se habría procurado mantener la estancia conjunta de madres y recién nacidos.

“A pesar de no ser unidad COVID mi unidad, nos ayudó seleccionar un o dos ambientes para aislar a las madres con problemas respiratorias con separación de una cama entre pacientes, los bb mantenían su alojamiento conjunto con sus madres, es decir la estrategia ESAMYN se cumplía”<sup>29</sup>.

Otros tantos participantes mencionaron que la atención de pacientes Covid-19 de acuerdo a la normativa ESAMyN se ha mantenido en buena medida, pero añadiendo las medidas de bioseguridad a las prácticas ya establecidas.

“...hemos tenidos varios casos de parturientas COVID positivas las cuales han tenido partos vaginales sin ninguna dificultad llevándose a cabo el apego precoz, lactancia etc., cumpliendo con las medidas de seguridad implementadas por el MSP en los últimos meses”<sup>30</sup>.

### *3.2.5. Retomar el apego precoz y la lactancia materna*

Un grupo más pequeño de participantes explicó que en sus unidades se retomó el apego precoz y la lactancia después del parto, una vez que accedieron a evidencia científica sobre las formas de transmisión del virus SARS-Cov-2. En una unidad se solicitó el apoyo de personal auxiliar para la tarea de promover el apego y la lactancia, pues el personal propio del área de gineco-obstetricia había sido reasignado a la atención de la Covid-19.

El retomar estas prácticas se vio acompañado de la difusión de información entre pacientes y familiares sobre las normas de bioseguridad que se deben observar para frenar la transmisión de la Covid-19 entre madres y recién nacidos, tanto dentro del establecimiento (uso de mascarilla, lavado de manos, no tocar superficies), como dentro de las casas una vez que se tenga el alta.

“Una vez ocurre el parto, lo más importante se debe resaltar es la INFORMACION correcta, adecuada y con palabras entendibles tanto a la paciente como a su familiar sobre una higiene adecuada con lavado de pezones cada vez que inicie el neonato la lactancia materna, lavado correcto de manos de la madre, implementamos un recordatorio impreso en papel con figuras que ayuden a la madre a cuidar del neonato al momento del alta”<sup>31</sup>.

Un par de participantes indicaron que sus unidades utilizaron aplicaciones informáticas como alternativa para promocionar la lactancia materna exclusiva.

---

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid.

#### **4. Módulo 4: procedimientos innecesarios en la atención de la labor y el parto, según la normativa ESAMyN.**

En el módulo cuatro, los participantes aprendieron sobre los procedimientos innecesarios durante la atención de la labor y el parto, y sobre la evidencia científica que respalda su descarte. En el foro se les pidió que identifiquen dos procedimientos no recomendados que es difícil dejar de implementar en su establecimiento, y se solicitó que reflexionen por qué dichos procedimientos se siguen implementando a pesar de la normativa ESAMyN.

##### **4.1 Procedimientos innecesarios que son difíciles de dejar de implementar durante el parto**

A continuación, se enumeran los procedimientos no necesarios que aún se practican en las unidades de salud identificados por participantes del foro, ordenados de mayor a menor frecuencia:

1.	Canalización intravenosa de rutina
2.	Tactos vaginales repetidos y frecuentes
3.	Pujos dirigidos
4.	Episiotomías innecesarias
5.	Ruptura de membranas
6.	Posición supina o de litotomía
7.	Aspiración rutinaria del recién nacido
8.	Uso de medicación para inducir el parto o medicamentos uterotónicos

##### **4.2 Razones por las que se implementan procedimientos innecesarios a pesar de la normativa ESAMyN**

###### *4.2.1. Canalización intravenosa de rutina*

El procedimiento más mencionado por los participantes fue la canalización intravenosa, o colocación de vías periféricas, que aún se realiza en muchas de sus unidades de salud de forma rutinaria, es decir, con todas las pacientes que asisten a recibir atención del parto.

La principal razón dada para el mantenimiento de esta práctica es el hecho de que permite tener una vía de acceso en caso de que se presente una complicación, sobre todo en unidades de referencia que suelen atender pacientes con alto riesgo.

“Tener una vía periférica al momento del parto es fundamental porque nos permite tener una vía de acceso si en algún momento se produce una complicación en el trabajo de parto lo cual nos permitirá administrar una medicación de manera rápida de acuerdo a la complicación se suceda en el momento”<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Participante del Foro 4. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

Adicionalmente, los médicos tratantes se sentirían más confiados y seguros al realizar este procedimiento de manera preventiva, pues hacerlo una vez que la paciente presenta complicaciones puede ser muy difícil.

“El personal de salud refiere mayor confianza en la atención, debido a que en el caso de una eventual hemorragia obstétrica se tiene una vía canalizada, misma que es difícil hacerlo en caso de paciente en shock, donde existe una vasoconstricción periférica”<sup>33</sup>.

La necesidad de la canalización sería más palpable en unidades donde el personal es escaso o no tiene suficiente habilidad para realizar esta tarea en situación de emergencia.

“El uso de los catéteres intravenoso, es difícil dejar de utilizar debido que el hospital es de referencia y la mayoría son embarazos de alto riesgo, por ende, los profesionales que trabajan en la atención del parto como médicos y enfermeros, tienen el temor de que ocurra activaciones de claves y andar luego apurados, además hay muy poco personal por lo que lo realizan de manera preventiva”<sup>34</sup>.

Otra motivación para continuar el procedimiento sería que actualmente hay más gestantes que acuden a las unidades sin tener controles prenatales, lo cual implica que el personal no cuenta con información sobre su condición de salud y la potencialidad de riesgos aumenta.

“En cuanto a la canalización intravenosa de rutina en el trabajo de parto, por existir un aumento de gestantes que acuden con escasos controles prenatales e incluso sin controles prenatales que han estado intentando parto en domicilio llegando fatigadas con contracciones uterinas débiles observándose un aumento de hipotonía uterina con necesidad de utilizar uterotónicos intravenosos de inmediato”<sup>35</sup>.

Un participante comentó que en su unidad de salud hay personal que piensa que, al hidratar a la paciente, esta adquiere más energía para enfrentar el parto. Otros participantes mencionaron como causas adicionales del mantenimiento de este procedimiento: a) la formación académica desactualizada; b) la falta de capacitación continua y, c) la sobreestimación del conocimiento ganado mediante la práctica.

#### 4.2.2. *Tactos vaginales*

La persistencia de los tactos vaginales frecuentes en la atención del parto se explicaría, ante todo, por la inexperiencia de médicos internos y médicos rurales que atienden en el primer nivel.

“...los tactos vaginales a repetición son un problema no solo de la institución de la cual yo provengo, sino es un problema de todas las unidades de salud del país que atienden partos y con mayor énfasis en el primer nivel, hospitales básicos ya que en dichos lugares se encuentra solo médicos

---

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Ibid.

residentes e incluso médicos rurales que no cuentan con la experiencia del caso para poder llevar una labor de parto tranquila para la paciente”<sup>36</sup>.

El caso de los hospitales docentes sería aún más complejo, pues los estudiantes aprenden a realizar este tipo de procedimientos evaluando constantemente el progreso de las parturientas.

“...la situación se da porque tenemos personal en formación (internos), a quienes se les enseña en la mujer en trabajo de parto, entonces se les pide que realicen el tacto vaginal y para comprobar el médico residente o especialista vuelve a realizar el tacto vaginal y además al no tener experiencia los internos realizan varios tactos vaginales seguidos”<sup>37</sup>.

Otra razón que contribuye a la persistencia de los tactos vaginales es la rotación o cambio continuo de personal que atiende partos, el cual, por ende, no se encuentra capacitado y comprometido con la normativa ESAMyN.

“[a las razones] le sumo el cambio constantes del personal de los establecimientos de salud que atienden partos que no permite afianzar ciertas prácticas como es el seguimiento de las parturientas y otras prácticas; en mi experiencia personal los resultados de ciertos estándares fluctúan en ocasiones cuando te cambian el personal que ya estaba entrenado y comprometido, en ocasiones el personal nuevo no se identifica con ciertas prácticas o procesos y cuesta mantener ciertos resultados positivos”.

Los participantes también mencionaron que hay una falta de coordinación y/o comunicación entre los médicos tratantes de diferentes áreas o diferentes turnos que valoran a la paciente en diferentes momentos; muchas pacientes ingresarían por emergencia, donde son atendidas por un médico y luego pasan a otras áreas donde diferentes profesionales realizan más valoraciones.

“...falta de comunicación entre profesionales debido a que el médico que valora en emergencia no es el mismo que está en sala de labor asociado a personal reducido en días feriados y fin de semana el personal es muy poco para las áreas que hay que manejar y muchas veces mientras uno se encuentra en procedimiento quirúrgico los encargados de vigilar la paciente temporalmente son los internos rotativos lo que ocasiona que cuando uno termina el procedimiento deba revalorar la paciente”<sup>38</sup>,

En ciertos casos, la lentitud del proceso del parto o el aumento del dolor, unidos a la impaciencia de la parturienta o de sus familiares llevaría a que estos soliciten por sí mismos las valoraciones frecuentes al personal de salud. En el caso de las parturientas, este comportamiento estaría vinculado a la ausencia de controles prenatales que las prepare para el proceso del parto.

“...por alguna razón la evolución se torna lenta o tórpida lo cual conlleva muchas veces a una gran presión por parte de familiares que a pesar del convencimiento del profesional de que en ocasiones la evolución del parto es lenta en determinadas situaciones clínicas sin que sea necesariamente

---

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Ibid.

patológica, sienten la necesidad de evaluar continuamente a la paciente en el contexto de la demora tal vez para tener una idea continua de la evolución”<sup>39</sup>.

Un participante explicó que esta práctica se mantiene también porque los médicos del primer nivel de atención prefieren valorar varias veces a las pacientes antes de referirlas al segundo nivel con el fin de evitar reclamos posteriores de sus colegas en las unidades de referencia.

Al igual que con el procedimiento anterior, los participantes mencionaron que la falta de capacitación continua, la formación profesional desactualizada, y la sobrevaloración de la experiencia práctica en detrimento de la evidencia, son motivos para que persistan los tactos vaginales frecuentes.

#### 4.2.3. Pujos dirigidos

Varios participantes relacionaron la persistencia de pujos dirigidos con la falta de controles prenatales y de psicoprofilaxis adecuada, especialmente entre embarazadas adolescentes o primigestas, pues esto traería como consecuencia la desinformación de las parturientas sobre el proceso del parto y sobre el rol de los pujos.

“Con el incremento o la presencia de embarazo en adolescentes que no están preparadas ni física ni psicológicamente en medio del proceso preguntan o piden ayuda solicitando se les enseñe la manera de poder pujar bien”<sup>40</sup>.

“...debido a que no todas las pacientes tienen el mismo nivel de conocimiento sobre todo las madres primigestas o porque no fueron educadas adecuadamente durante los controles prenatales existe poca colaboración por alguna de ellas, lo que hace que sea inevitable que el personal actúe y pida que la paciente puje”.

Otros participantes comentaron que, en ocasiones, miembros del personal de enfermería y del personal auxiliar de enfermería tendría un rol en la persistencia de esta práctica, pues consideran los pujos dirigidos como una forma de ayuda durante el proceso del parto.

“...la población es pequeña y la mayoría son conocidas por el personal que trabaja en esta casa de salud en especial auxiliares de enfermería, ellas piensan que de esta forma pueden animar a la paciente a que realicen un aparente un buen pujo y se dé un parto rápido”<sup>41</sup>.

“...la poca colaboración por parte de enfermería en especial las auxiliares que asesoran mal a las pacientes de cómo y en qué momento realizar los pujos”<sup>42</sup>.

#### 4.2.4. Ruptura de membranas

Para otro grupo considerable de participantes, este procedimiento innecesario se sigue ejecutando por la persistencia de conocimientos desactualizados y sin evidencia que se han ido

---

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> Ibid.

transmitiendo a lo largo de varias generaciones de profesionales, tanto de manera formal en las aulas como de manera informal en la práctica de las unidades de salud.

“la gran mayoría de médicos y obstetras tienen ese criterio que la decoloración e incluso la maniobra de Hamilton producirá mayor actividad uterina y quizás dilatación cervical acelerada puesto que los médicos antiguos así lo refieren y así se ha ido aprendiendo en todas las generaciones cosa que no tiene ninguna evidencia científica pero el inicio de esto está en las aulas de los antepasados e incluso como manifiesto de los médicos de mucha experiencia y se les podría llamar antiguos en las unidades de salud”<sup>43</sup>.

Otra razón de su persistencia sería la comodidad del personal médico que pretende apurar el trabajo de parto, o evitar dejarlo “para otra guardia”. Asimismo, un participante mencionó que el procedimiento continúa siendo practicado porque el personal en gineco-obstetricia es rotativo, desconoce el protocolo y piensa que así facilita el trabajo de parto.

#### *4.2.5. Episiotomías*

La ejecución rutinaria de este procedimiento estaría relacionada a la percepción que tienen algunos profesionales de salud sobre la atención del parto de pacientes primigestas o primíparas, pues piensan que son propensas a presentar complicaciones. En algunos casos, los profesionales consideran que este tipo de pacientes necesitan del procedimiento para evitar un posible desgarro, o para evitar que “el recién nacido deje de avanzar por el canal de parto y se produzca hipoxia”<sup>44</sup>. En otros casos, serían las pacientes primigestas quienes solicitan el procedimiento para facilitar y apurar la labor de parto.

En cuanto a la episiotomía creo que responde igual a la poca experiencia en valorar el periné, su elasticidad en el trabajo de parto y en el momento oportuno, cortando a veces antes de que la presentación tome contacto estrecho con el periné que es cuando se pone en evidencia su máxima distensibilidad o elasticidad

Como en los casos anteriores, los participantes asociaron también esta práctica a una falta de socialización o capacitación sobre la evidencia científica actual, y a la resistencia de miembros del personal para adoptar nuevos conocimientos en reemplazo de los conocimientos adquiridos en la experiencia.

#### *4.2.6. Posición supina o de litotomía*

Como en otros procedimientos, una razón frecuente que explica la continuidad de esta práctica en la atención del parto es la comodidad de los médicos tratantes y la costumbre del personal de salud con varios años de servicio. A esto se suma, según algunos participantes, la necesidad de mantener la posición supina en la atención de pacientes con complicaciones o para evitar complicaciones (desgarros del canal del parto, hemorragia postparto). Otra razón citada es la falta de ambientes adecuados o acondicionados para la atención del parto en libre posición.

---

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid.

“...la falta de espacios acondicionados para la atención del parto en libre posición, ya que fuimos trasladados de un hospital general (donde se cuenta con una sala de parto intercultural) a un hospital básico, el cual no tiene la infraestructura ni capacidad para la atención de la mayor parte de los partos de la provincia, el cual actualmente es el centro gineco-obstétrico de la misma (muchas veces dos y tres partos al mismo tiempo)”<sup>45</sup>.

Asimismo, un participante indicó que en su unidad de salud hay miembros del personal que no dan importancia al parto culturalmente adecuado, por lo cual no se ofertan otras posiciones para la atención.

“en el hospital donde laboro, no le dieron y hasta la fecha no le dan la importancia del parto culturalmente adecuado y es una manifestación de los ginecólogos tradicionales (antiguos)”<sup>46</sup>.

Finalmente, otro participante indicó que en su establecimiento la persistencia del procedimiento se debería a la disminución de controles prenatales y psicoprofilaxis en pandemia, lo cual desinformó a las gestantes sobre la posibilidad de optar por diferentes posiciones en el parto.

#### 4.2.7. Aspiración rutinaria del recién nacido

Hay dos motivos principales expuestos por los participantes para explicar porque este procedimiento se sigue llevado a cabo: por un lado, existe temor del personal de salud ante la posibilidad de que haya ingresado líquido en las cavidades del recién nacido; por otro lado, la carencia de neonatólogos haría que médicos generales, residentes y rurales, sin el conocimiento adecuado de la normativa ESAMyN, persistan en la ejecución de esta práctica.

#### 4.2.8. Inducción del parto y uso de medicamentos uterotónicos

La inducción del parto a través de métodos diversos y el uso de medicación -como oxitócicos o uterotónicos-, se explicaría parcialmente por algo ya mencionado para otros procedimientos, es decir, la comodidad del personal médico deseoso de apurar la atención del parto. Sin embargo, para algunos participantes la persistencia también se explica por la necesidad justificada de usar estos procedimientos una vez que se evalúa el trabajo de parto.

“el uso de oxitócicos me parece que es algo inevitable porque siempre hay casos que lo ameritan de acuerdo a la situación de cada paciente ya sea para mejorar la dinámica uterina evitar distocias que terminen en cesáreas innecesarias, o en el expulsivo de acuerdo a la valoración médica y la aplicación de la normativa de conducción”<sup>47</sup>.

“...podría decir como razón para seguir realizando estas prácticas son según la necesidad en cada caso, talvez en estos dos puntos podría decir que según la evolución del trabajo de parto, si éste se diagnóstica anómalo, podría realizarse por ejemplo el uso de oxitócicos para mejorar la dinamica del trabajo de parto, cuando el progreso se ve detenido por falta de actividad uterina”<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Ibid.

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> Ibid.

Adicionalmente, este procedimiento se sostendría en el tiempo debido a situaciones propias de cada unidad de salud. Un participante relató que en su establecimiento pesa el factor geográfico, pues reciben pacientes de zonas muy distantes y, por ende, no pueden regresarlas a sus lugares de origen si se encuentran en etapas muy iniciales de su trabajo de parto.

## **5. Módulo 5: normativa ESAMyN sobre lactancia materna en el contexto Covid-19. Recomendaciones basadas en la evidencia.**

El módulo cinco analizó la aplicación de la normativa ESAMyN sobre lactancia materna en el contexto de la actual pandemia. El foro correspondiente indagó sobre los obstáculos puestos por la Covid-19 a la aplicación de dicha normativa, y sobre las alternativas que cada establecimiento de salud tomó para tratar de implementar las recomendaciones ESAMyN.

### **5.1 Obstáculos para aplicar recomendaciones ESAMyN en el contexto Covid-19**

#### *5.1.1. Aislamiento de la madre con Covid-19 que impidió el apego precoz, el alojamiento conjunto y la lactancia temprana*

De acuerdo a los participantes del foro, el apego precoz y la lactancia materna temprana se vieron afectados principalmente debido a la separación que se implementó entre madres y recién nacidos con el fin de evitar el contagio, principalmente durante el período inicial de la pandemia donde estuvo vigente el semáforo rojo epidemiológico. Esta separación se aplicó a las madres diagnosticadas o con sospecha de Covid-19, quienes fueron llevadas a áreas de aislamiento mientras sus bebés fueron alojados en otras áreas o enviados a sus domicilios.

“Otras de las desventajas que tenemos es que las pacientes con PCR positivo ingresan al área designada para pacientes COVID, por la demanda de pacientes en esta área y el riesgo de contagio para el recién nacido es más alta, son separados de su madre hasta cuando sean dados de alta por lo tanto no llevan una lactancia materna adecuada sus primeros días de vida”<sup>49</sup>.

“los recién nacidos de madres positivas para COVID 19, luego de su nacimiento fueron mostrados a sus madres y separados de sus madres y enviados a sus casas con sucedáneos de la leche materna, hasta que sus madres sean dadas de alta, posterior a esto las pacientes son llevadas a salas de aislamiento para COVID sean estas sintomáticas o no”<sup>50</sup>.

Asimismo, se impidió que las madres con Covid-19 accedan al área de neonatología para alimentar a sus recién nacidos, posiblemente a causa de un infundado temor del personal de salud sobre la transmisión del virus a través de la leche materna, y la falta de conocimientos oportunos y veraces del personal de salud sobre este importante aspecto.

---

<sup>49</sup> Participante del Foro 5. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

<sup>50</sup> Ibid.



“Primeramente, se ha visto afectado este componente: en las madres positivas de Covid que han llegado a esta casa de salud con resultados de pruebas positivas, por las medidas de aislamiento que se incrementaron para la madre y no han podido ingresar al servicio de Neonatología para alimentar a sus hijos”<sup>51</sup>.

El aislamiento trajo como consecuencia el uso de sucedáneos de la leche materna para alimentar a los recién nacidos en la mayoría de establecimientos, aunque unas cuantas unidades habrían podido utilizar también sus bancos de leche para el efecto.

“en mi establecimiento se sigue un protocolo que todas las pacientes que ingresan pasan por una prueba rápida y al ser positivas pasan a aislamiento hasta que sea confirmada con el PCR, por lo tanto, luego del parto se les aislaba a los recién nacidos hasta los resultados de las madres por lo tanto no pasaban a alojamiento conjunto, se les alimentaba de leche de banco o sucedáneos”<sup>52</sup>.

Un participante comentó que en su unidad de salud se tomaron medidas de protección ante la pandemia que repercutieron en el apego de todas las madres y recién nacidos: se colocó a los bebés en cunas cerradas y se les colocó pantallas faciales cuando estaban en alojamiento conjunto.

“Tomando en cuenta la importancia del alojamiento conjunto y la lactancia materna se ha implementado que todos los recién nacidos permanezcan en una cuna cerrada y sean sacados para que sus madres les alimenten; se les educa en las medidas de bioseguridad e higiene que tienen que llevar y para el alojamiento se les coloca una pantalla facial al recién nacido”<sup>53</sup>.

### *5.1.2. Interrupción de grupos de apoyo y educación para la lactancia materna*

Según el relato de varios participantes, los grupos de apoyo a la lactancia materna han interrumpido sus actividades desde el inicio de la pandemia en vista de las restricciones de movilidad y la imposición del distanciamiento social, y muchos no han podido retomar aún su labor de asesoría.

“...de la misma manera el conformar el grupo de apoyo a la lactancia fue otra recomendación difícil de cumplir debido a la restricción y el aislamiento durante todos estos meses.”<sup>54</sup>.

También se han interrumpido las charlas impartidas dentro de los establecimientos de salud para promocionar la lactancia materna, especialmente las charlas informativas en las salas de la consulta externa que fue cerrada en la mayoría de establecimientos por la pandemia. En algunas unidades únicamente se mantuvieron charlas de promoción en salas específicas.

---

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> Ibid.

“...en salas de hospitalización se sigue brindando apoyo con las debidas medidas de protección, lo que se ha interrumpido es la promoción de la lactancia en salas de espera de la consulta externa por cuanto un tiempo se cerró este servicio y en la actualidad la asistencia de las pacientes es más priorizada que antes, su asistencia es en tiempos exactos para ingreso a consulta, ellas mismas evitan estar mucho tiempo en las instalaciones del hospital sin necesidad específica”<sup>55</sup>.

### *5.1.3. Falta de personal de salud para promover la lactancia materna*

Una porción más pequeña de participantes del foro identificó como obstáculos la falta de personal en las áreas de ginecología y obstetricia debido a su reasignación a áreas de atención de pacientes Covid-19; esto significó que el personal no podía dedicarse a promocionar el apego precoz y la lactancia materna temprana con tanta efectividad, especialmente cuando se daban partos simultáneos.

### *5.1.4. Temor de las madres y falta de equipos de protección*

Aunque en una proporción mucho menor, los participantes identificaron como obstáculos adicionales para implementar las recomendaciones ESAMyN el temor de las madres a contagiar al recién nacido a través de la leche materna, y la falta de equipos de protección personal a ser empleados durante la lactancia y el apego.

## **5.2 Alternativas para implementar recomendaciones ESAMyN sobre lactancia en establecimientos de salud**

### *5.2.1. Proveer educación sobre la lactancia y reactivar grupos de apoyo a través de diferentes medios*

Dado que las charlas y grupos de apoyo a la lactancia materna se interrumpieron en muchas unidades, el personal de salud de los establecimientos procuró seguir brindando información y mensajes a las pacientes sobre la lactancia materna a través de varias estrategias, entre ellas, la entrega de información de forma presencial y personal a cada madre (educación unipersonal).

“Las enfermeras de Neonatología en cada manejo realizan educación a las madres sobre Lactancia Materna ya que desde que empezó la pandemia no se han podido realizar las charlas que se impartían cada 15 días (sobre la importancia de la Lactancia Materna) y hasta el momento no hemos podido reanudar este aspecto que es importante para nosotros”<sup>56</sup>.

En otros establecimientos se continuó con las charlas en ciertas salas como las de hospitalización o postparto, tal como se mencionó en el apartado anterior. Aquellas unidades que reabrieron su

---

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Ibid.

consulta externa también retomaron las charlas en sala de espera. Asimismo, unas cuantas unidades están retomando las actividades de los grupos de apoyo a la lactancia.

Los mensajes dados en las charlas fueron moldeados por el nuevo contexto, que demandó informar a las madres sobre la ausencia de riesgo de transmisión de la Covid-19 a través de la lactancia materna, y sobre las medidas de bioseguridad que se deben observar al dar el pecho al recién nacido.

“...dar asesoría y brindan información sobre los beneficios de la lactancia materna, también dar a conocer los lineamientos establecidos por el MSP sobre la lactancia materna y Covid 19, es importante indicarles a las madres que debe colocarse la mascarilla, realizar higiene de manos antes y después del contacto con su hijo, también desinfectar, limpiar las superficies rutinariamente, al dar de lactar, hasta el momento no existe ninguna contraindicación que se suspenda la lactancia materna”<sup>57</sup>.

### *5.2.2. Difusión de información sobre lactancia materna a través de medios de comunicación y aplicaciones informáticas*

Otra de las alternativas para cumplir las recomendaciones ESAMyN fue la difusión de información usando aplicaciones informáticas y medios de comunicación. En diferentes unidades de salud, la aplicación WhatsApp habría servido para difundir mensajes de promoción de la lactancia, reactivar el grupo de apoyo, y convocar capacitaciones virtuales por Zoom. La plataforma Zoom también permitió que en ciertas unidades el personal en teletrabajo brinde seguimiento y consejería sobre lactancia a las madres.

Un participante explicó que su unidad ha dado mensajes de promoción de la lactancia a través de la página web de la institución, mientras que otro indicó que las madres eran notificadas sobre la posibilidad de comunicarse a una línea telefónica para hacer consultas sobre lactancia materna.

“Y queda pendiente la organización del grupo de apoyo para poderlo poner en práctica, pero siempre les informa a las madres el momento de irse de alta que pueden comunicarse al 171 en donde pueden consultar cualquier novedad acerca de la lactancia materna”.

Un profesional de salud mencionó que, dado que su unidad se encontraba en un área rural, se prefirió asistir a una estación de radio en lugar de valerse de aplicaciones informáticas para dar mensajes de promoción.

### *5.2.3. Alojamiento conjunto para madres con Covid19 en y recién nacidos*

Unos cuantos participantes mencionaron que, luego de superar el periodo inicial de la pandemia, el personal se fue capacitando sobre el manejo de la Covid-19 en madres y recién nacidos, y

---

<sup>57</sup> Ibid.

conoció mejor las formas de contagio, por lo cual sus unidades decidieron implementar el alojamiento conjunto de madres diagnosticadas con Covid-19 y sus recién nacidos dentro de áreas de aislamiento exclusivas. Esto se realizaba cuando la madre se encontraba estable o era asintomática.

“Como estrategia, la institución cada día más trabaja según los lineamientos de Covid 19 en la mujer embarazada y puérpera en la cual dice claramente que no está contraindicado el apego precoz, la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Lo que se hace es que si las condiciones de la madre y el neonato son estables se quedan en la sala de labor de parto juntos hasta que se cumpla el tiempo necesario para monitorización de ambos y que estén en condiciones a pasar al área de puerperio, pasan a una habitación de aislamiento, juntos, manteniendo lactancia materna con indicaciones de uso de mascarilla y medidas de desinfección de las manos”<sup>58</sup>.

“Se adecuo un área específica en centro obstétrico para la atención exclusiva de la madre con sospecha de Covid y su recién nacido, posterior a eso se traslada al área de hospitalización donde se garantiza el alojamiento conjunto y lactancia materna exclusiva cumpliendo normas de bioseguridad”<sup>59</sup>.

Como se señala en estos testimonios, el alojamiento conjunto y lactancia se implementó en los establecimientos siguiendo medidas de bioseguridad consideradas necesarias, entre ellas, que la madre use siempre mascarilla, se lave las manos y pecho, evite tocar superficies, etc.

No todas las unidades implementaron este alojamiento conjunto para madres con Covid-19 y recién nacidos, pues algunas continuaban separándolos y alimentando a los recién nacidos a través de sucedáneos o del banco de leche.

#### *5.2.4. Reapertura de consulta externa y restablecimiento de la normativa ESAMyN*

Un grupo pequeño de participantes indicó que, luego de abandonar el semáforo rojo de la emergencia sanitaria, sus establecimientos abrieron nuevamente la consulta externa y eso permitió reestablecer también la aplicación de la normativa ESAMyN en un gran porcentaje.

“Muy de acuerdo compañera con las acciones que están realizando, pues en verdad con nosotros sucede lo mismo, luego que terminó el estado de excepción se va retomando las acciones de la normativa, además que el personal de salud ya se encuentra con los conocimientos de cómo manejar a las paciente positivas, y las pacientes también ya no están con el temor extremo que se tenía a inicios de la pandemia, la información y capacitaciones a las paciente han hecho de que se pueda ir retomando varias de las acciones de la normativa que se descuidaron”<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Ibid.

## **6. Módulo 6: la normativa ESAMyN sobre manejo del recién nacido aplicada en el contexto Covid-19.**

El módulo seis impartió conocimientos y evidencia científica que respalda la normativa ESAMyN para el manejo del recién nacido en el marco de la pandemia por SARS CoV-2. En el foro se preguntó a los participantes del curso sobre los obstáculos que ha traído la epidemia por COVID-19 y cómo estos han afectado la aplicación de recomendaciones ESAMyN sobre atención del recién nacido en cada establecimiento.

### **6.1 Obstáculos traídos por la pandemia e impacto en la normativa ESAMyN para atención del recién nacido**

Al intervenir en el foro seis, los participantes toparon varios temas y situaciones que ya se propusieron en el foro del módulo anterior que trató sobre la lactancia materna. En ese sentido, este foro sirvió para confirmar y expandir explicaciones previas, como se expone a continuación.

#### *6.1.1. Falta de conocimiento, protocolos y temor que interrumpieron el apego precoz y la lactancia materna*

La mayoría de participantes mencionó que los obstáculos más importantes para la implementación de la normativa motivados por la pandemia fueron: la falta de información sobre la naturaleza y forma de contagio del SARS-Cov- 2, la falta de protocolos de manejo de la Covid-19, y el temor de contraer el virus tanto entre el personal de salud como entre las pacientes. Estos obstáculos trajeron como consecuencia una interrupción en las prácticas del apego precoz, la lactancia materna y el alojamiento conjunto, principalmente entre madres sospechosas con Covid-19 o ya diagnosticadas.

“Entre los principales obstáculos que se presentaron en la Institución donde laboro en relación a la atención del recién nacido durante la pandemia fue en gran medida el temor al contagio por desconocimiento sobre transmisión vertical de la enfermedad, por lo que al inicio se suspendió el apego precoz, alojamiento conjunto, y lactancia materna exclusiva en pacientes sospechosas o confirmadas de Covid 19”<sup>61</sup>.

Como se expuso en secciones anteriores, varias unidades de salud aislaron a las madres de sus bebés luego del nacimiento, y solo en etapas posteriores de la emergencia sanitaria permitieron el alojamiento conjunto, una vez que se conoció más sobre las formas de contagio con base en la evidencia científica. Consecuentemente, los recién nacidos dejaron de ser alimentados exclusivamente con leche materna, la cual fue reemplazada total o parcialmente con sucedáneos, o utilizando los bancos de leche de los establecimientos que contaban con este servicio.

“Con respecto a la atención al recién nacido la pandemia ha generado obstáculos como es: el no poder realizar el apego piel a piel tanto en madres con sospecha como en madres confirmadas debido al riesgo de contagio, ya que los recién nacidos son llevados inmediatamente al nacimiento a la sala de recién nacido para su respectiva atención, así como también no se puede realizar el inicio

---

<sup>61</sup> Participante del Foro 6. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

de lactancia materna dentro de la primera hora de vida, y son separados de sus madres en todos los casos positivos, frente a esta situación se ha venido trabajado con el banco de leche”.

En determinadas unidades, el uso de sucedáneos se agudizó no solo por la ausencia de bancos de leche certificada, sino también por el desabastecimiento de los mismos.

“Los recién nacidos con sospecha de Covid se dirigen a la sala de aislamiento neonatal a los cuales se administra fórmula líquida, debido a la insuficiente leche materna proporcionada por el banco de leche humana de la institución”<sup>62</sup>.

La suspensión del apego y la lactancia fue palpable también entre los recién nacidos de madres que no tenía Covid-19 y que fueron ingresados a las áreas de neonatología de los establecimientos, pues, por la situación epidemiológica, las madres no siempre podían acudir o permanecer en las unidades para proveer de alimentación a sus recién nacidos; algunas tampoco querían exponer a sus hijos a un potencial contagio. Adicionalmente, en determinadas unidades se cerraron el lactario y los espacios para que las madres pernocten junto a los bebés ingresados en cuidados intensivos.

#### *6.1.2. Adecuaciones físicas impidieron realizar valoración del recién nacido frente a la madre*

La recomendación de realizar procedimientos de valoración del recién nacido frente a la madre también se vio interrumpida porque las unidades readecuaron sus espacios físicos para la atención de pacientes Covid-19, de modo que las áreas dedicadas a la atención de gestantes resultaban improvisadas, pequeñas y no adecuadas para implementar esta parte de la normativa.

“Otro procedimiento que tuvo obstáculo para poder ser ejecutado es realizar las medidas antropométricas del RN frente a la madre y esto era debido a que en ciertos establecimientos de salud se improvisaron áreas para la atención de la gestante, mismas que no eran lo suficientemente grandes ni estaban equipadas para el efecto”<sup>63</sup>.

En otros casos, la recomendación dejó de observarse porque el recién nacido de madre Covid-19 positiva era valorado en áreas exclusivas donde estaba aislado de su madre.

“...la toma de antropometría y profilaxis ocular y hemorrágica se la realizaba de manera aislada de la madre, luego el recién nacido era trasladado a neonatología si su condición era inestable o a alojamiento conjunto siempre considerándole como paciente aislado, en condiciones estables a las 24h egresaba a su domicilio bajo cuidado de familiar y cumpliendo normas de aislamiento, siempre alejado de su madre”<sup>64</sup>.

#### *6.1.3. Medidas de bioseguridad y falta de insumos impidieron el acompañamiento al recién nacido*

Otros participantes plantearon que las medidas de distanciamiento, más la falta de equipos de protección, fueron un obstáculo que trajo como consecuencia la falta de acompañamiento de familiares en el parto y postparto, lo cual afectó la recomendación de contacto de los recién nacidos con el padre o familiares autorizados.

---

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Ibid.

“...en nuestro caso específico se vio afectado el acompañamiento que como ya he dicho en otras ocasiones dada las circunstancias desfavorables creadas por la pandemia del Covid19 en sus inicios y aún en esta nueva normalidad por un problema de espacio y las medidas de distanciamiento impide realizar el acompañamiento adecuado pues aún se reserva para circunstancia muy específicas cumpliendo determinados requisitos que no siempre son posibles de cumplir ,el no acompañamiento afecta de manera indirecta en la atención al RN pues no solo la madre es partícipe del apego pues también existe el apego con el padre en determinadas circunstancias”<sup>65</sup>.

#### *6.1.4. Cambios en el personal sanitario provocó disminución de profesionales capacitados en ESAMyN*

Una porción más reducida de participantes mencionó que la redistribución de los profesionales dentro de la unidad para garantizar la atención de pacientes Covid-19 fue un obstáculo que resultó en la falta de personal suficiente para implementar las recomendaciones ESAMyN de forma adecuada.

“...también se ha redistribuido el personal hacia otras áreas, de tal manera que para el área de neonatología con capacidad para 30 cunas, queda solo un tratante y un residente, quien además de hacerse cargo de los pacientes hospitalizados, también tiene que dar atención en lo referente a emergencias de pacientes neonatos, hacer la recepción del recién nacido y además la atención de pacientes en alojamiento conjunto, entonces hay ocasiones en que no podemos quedarnos en sala de recepción de RN haciendo el apego precoz el tiempo que deberíamos”<sup>66</sup>.

De acuerdo a un participante, en su unidad el personal que se reasignó al área de atención del recién nacido provenía del Centro Quirúrgico y de Cuidados Intensivos, por ende, no tenía conocimiento de la normativa ESAMyN. En el caso de otro participante, su unidad contaba con pocos médicos para atención del parto debido al contagio, por lo que tuvieron que solicitar el apoyo de profesionales de otras unidades que necesitaban ser entrenados en la normativa.

#### *6.1.5. Restricciones de movilidad y temor disminuyeron los controles del recién nacido*

Finalmente, unos pocos participantes indicaron que las restricciones por la situación de pandemia y el temor de las madres provocó una disminución en la atención postparto del recién nacido; algunas madres dejaron de asistir a los controles del recién nacido antes de los siete días posteriores al nacimiento, y también se suspendieron las visitas domiciliarias para realizarlos por falta de personal suficiente. Un participante indicó que en su unidad se realizó el control del recién nacido egresado a través de telemedicina.

“Lo que si se vio afectado fue la atención del recién nacido a su primer control antes de los 7 días, esto debido a la poca afluencia por parte de las púerperas y sus bebés a la consulta externa, y la suspensión de visitas domiciliarias en los primeros meses de la pandemia, por la disminución del personal, ya que hubo personal con aislamiento y otros en teletrabajo, disminuyendo el número de personal operativo, en la actualidad se realiza con normalidad el seguimiento, y se trata de hacer

---

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> Ibid.

captaciones de niños que han nacido en instituciones particulares en la cita de tamizaje neonatal, dando priorización y atención el mismo día de captación”<sup>67</sup>.

Otros participantes aprovecharon para reportar que en sus unidades la falta de controles prenatales registrada por la pandemia dio como resultado problemas de salud en recién nacidos, como bajo peso u otras morbilidades.

## **7. Módulo 7: mantenimiento de los servicios materno-infantiles esenciales durante la pandemia de Covid-19.**

A lo largo del módulo 7, los participantes estudiaron los efectos negativos de la pandemia en los servicios esenciales materno-infantiles y en la planificación familiar (PF); también analizaron las posibles acciones a implementar para mantener la cobertura y calidad de dichos servicios. En el foro correspondiente, se preguntó a los participantes sobre los nudos críticos en estos servicios durante la epidemia. Además, se indagó cuáles serían sus recomendaciones para superar estos obstáculos.

### **7.1 Nudos críticos suscitados por la Covid-19 que afectaron los servicios materno-infantiles y de planificación familiar**

#### *7.1.1. Cierre de consulta externa (limitación a controles de salud, planificación familiar y vacunación)*

El principal nudo crítico para brindar atención materno-infantil y asesoría en planificación familiar en época de pandemia fue, según la mayoría de participantes, el cierre de la consulta externa en los establecimientos de primer y segundo nivel en los cuales laboran. Como ya se ha mencionado en otros foros, el cierre de consulta externa sucedió al inicio de la emergencia sanitaria en el país, cuando se decretó el semáforo rojo epidemiológico que duró algunos meses. Al cerrarse el servicio de consulta externa se vio directamente afectada la atención de los controles prenatales, controles postparto, controles del niño sano, vacunaciones y la asesoría de planificación familiar.

“el cierre de la consulta externa considero que fue una de las decisiones de restricción que ha afectado en mayor medida a la atención de las pacientes obstétricas, ya que todas las actividades preventivas que se ejecutan en el primer nivel como controles, educación, promoción de la salud, inmunizaciones, captación y referencia etc., permiten un manejo ordenado de la atención en salud de la población”<sup>68</sup>.

En el caso de los establecimientos de segundo nivel, el cierre de consulta externa repercutió en la atención de embarazadas de alto riesgo que suelen acudir a sus consultas de especialidad. En este contexto, las gestantes solo podían acceder a servicios a través del servicio de emergencia.

---

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Participante del Foro 7. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.



“Durante la emergencia sanitaria por COVID el área de consulta externa fue cerrada cumpliendo con disposiciones del COE cantonal por lo tanto los controles prenatales de las gestantes en riesgo y los postpartos se vieron afectados, por lo que se vio incrementado el número de emergencia atendidas”<sup>69</sup>.

El cierre de la consulta externa, unido a otros nudos críticos que se revisan a continuación, habría traído como consecuencia el aumento de partos domiciliarios, así como el aumento de complicaciones obstétricas. Además, se habría incrementado el número de embarazos no deseados y de embarazos de adolescentes, pues las y los pacientes no pudieron acceder regularmente a métodos anticonceptivos.

“Se vio afectada la atención de control prenatal de las pacientes que presentan alguna condición de riesgo, también se afectó la planificación familiar quirúrgica, la esterilización por el cierre de los quirófanos y las consultas externas, estas medidas influyeron en la atención de partos, misma que se vio disminuida en cuanto al número de partos, ya que las mujeres buscaron alternativas como el parto en casa y con comadronas”<sup>70</sup>.

#### *7.1.2. Inasistencia de pacientes a los servicios de salud por la situación de pandemia*

Un segundo nudo crítico para la provisión de servicios esenciales materno-infantiles y de planificación familiar que los participantes identificaron, fue la no asistencia de las usuarias a los establecimientos de salud debida, principalmente, al temor del contagio, a las restricciones de movilización, y a la falta de medios de transporte y de recursos económicos.

“Desde el inicio de la pandemia existieron muchas circunstancias que afectaron los servicios de salud, empezando por el miedo y desconfianza de la población de salir de sus casas, nuestras embarazadas ya no acudían a sus consultas prenatales y tampoco se llevaba a los niños a la vacunación por el temor al contagio”<sup>71</sup>.

La falta de transporte, por ejemplo, habría afectado principalmente a las mujeres que viven en zonas rurales y distantes de los establecimientos de salud, quienes deben desplazarse frecuentemente hacia los mismos para recibir los controles de salud.

“La movilización desde hogares de mujeres que viven a gran distancia del centro de salud y no poder contar con un medio de transporte durante la pandemia fue otro nudo crítico que evito los controles mensuales quincenales y hasta semanales de estas mujeres y sus niños”<sup>72</sup>.

#### *7.1.3. Disminución de la vacunación*

Según comentaron algunos participantes, la inmunización con vacunas BCG y HB se habría realizado con bastante regularidad antes de dar el alta a los recién nacidos y a sus madres. Sin embargo, también hubo unidades que registraron disminución en la aplicación de estas vacunas.

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> Ibid.

“...en cuanto a la vacunación durante los primeros meses hubo disminución en nacimiento no se vacunaba todos los días BCG para evitar desperdicios de la misma, por lo que hubieron niños que salían con el alta para que luego sean vacunados en el centro de salud más cercano”<sup>73</sup>.

Asimismo, el resto del esquema de vacunación que debería cumplirse en el primer nivel de salud se vio afectado y disminuyó debido al cierre de servicios, la situación de pandemia y, en ciertos casos, por el desabastecimiento de insumos.

“...debido a la disponibilidad de vacunas a nivel hospitalario se pudo aplicar BCG Y Hb sin problema, pero los siguientes esquemas de vacunación si se vieron interrumpidos debido a que en muchas ocasiones los centros de salud estaban cerrados o destinados a la atención de paciente COVID, y en el inicio de la pandemia las medidas de restricción de transporte hicieron que no existan todas las dosis disponibles en los centros que aun prestaban atención”<sup>74</sup>.

#### *7.1.4. Falta de personal y falta de insumos médicos*

El personal de salud calificado para brindar servicios materno-infantiles y asesoría en planificación familiar disminuyó en medio de la emergencia sanitaria debido a varias razones: a) profesionales que se contagiaron con el virus SARS-Cov-2; b) personal que era parte de los grupos de población vulnerable y dejó de prestar servicios presenciales; c) profesionales que fueron cambiados de área o enviados a otras unidades para dar atención a pacientes Covid-19.

“Otro nudo crítico fue la falta de profesionales con adecuada preparación para el soporte en la pandemia, muchas se contagiaron, otros fueron movidos de su lugar de trabajo hacia hospitales para atención exclusiva de pacientes COVID positivo, con lo cual se redujo de forma dramática las atenciones prioritarias a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años de edad”.

Incluso habría unidades de salud donde el personal renunció a sus cargos por el miedo al contagio, de modo que la atención se vio mermada en cuanto a su frecuencia y calidad.

“La falta de talento humano afectó la planificación familiar, controles prenatales, consultas postparto, control de niño sano, ya que el número de vulnerables es elevado y ellos solamente hacías teletrabajo, otros renunciaron por miedo y no se realizó cambio administrativo para la nueva unidad a todo el personal del área”<sup>75</sup>.

#### *7.1.5. Interrupción de la anticoncepción quirúrgica*

Un último nudo crítico identificado por los participantes fue la imposibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos para planificación familiar, como ligaduras postparto, debido a que en la etapa inicial de la pandemia los centros quirúrgicos estuvieron dedicados únicamente a la atención de emergencias o fueron usados solo para casos excepcionales de anticoncepción quirúrgica.

---

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Ibid.

“En cuanto a planificación familiar, como hospital se oferta implante sub dérmico, píldora del día después, y tratamiento quirúrgico definitivo (salpingectomía y vasectomía), pero en tiempo de pandemia por la falta de personal, restricción en disposición de quirófanos, solo se operaban casos donde la madre tenía gran multiparidad o estaba en situación de riesgo socioeconómico, el resto se diferían hasta cuando la consulta externa se habrá, otras optaban por implante sub-dérmico y en otros casos no aceptaban ningún método por el miedo de aumentar sus días de estada hospitalaria.”<sup>76</sup>.

## **7.2 Recomendaciones para superar obstáculos y mantener los servicios esenciales**

### *7.1.2. Difusión de la reapertura de consulta externa y promoción de los diferentes servicios*

La recomendación más común hecha por los participantes del foro para mantener los servicios esenciales materno-infantiles y de planificación familiar en el contexto de la pandemia, fue difundir entre la población la reapertura de la consulta externa y la reactivación de servicios a través de diferentes medios.

“La recomendación sería difundir por todos los medios posibles a la comunidad que ya se está activando paulatinamente todos los servicios de salud principalmente lo que es atención en la consulta externa a pacientes gestantes de alto riesgo obstétrico, así como también la atención a los niños aquí lo primordial es difundir, dar a conocer la reapertura de los servicios de salud”<sup>77</sup>.

Los participantes especificaron que esta difusión y promoción de servicios podría hacerse enfatizando que acudir a los establecimientos de salud no constituye un riesgo mayor si se observan las medidas de bioseguridad requeridas.

“En lo personal que la clave está en la promoción de los servicios de salud, a través de medios de comunicación principalmente, pero que seamos enfáticos en tranquilizar a la población, indicando que los riesgos de contagio son bajos si guardamos las debidas medidas de seguridad, principalmente el uso de mascarilla y la desinfección o el lavado de manos frecuente y el distanciamiento”<sup>78</sup>.

Además de difundir mensajes de promoción en los medios de comunicación, los participantes propusieron hacer charlas presenciales en las salas de espera de las unidades de salud para enseñar a la población a implementar las medidas de bioseguridad, a la vez que se retoman las charlas regulares sobre embarazo, lactancia, signos de peligro, etc.

### *7.1.2. Uso de redes sociales, aplicaciones informáticas y teléfono para proveer servicios esenciales*

Otra recomendación planteada por muchos participantes fue el uso de redes sociales y otras aplicaciones informáticas que viabilicen la atención y el seguimiento a los pacientes de forma remota o no presencial; también propusieron el uso de llamadas telefónicas para mantener contacto con las pacientes y monitorearlas.

---

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> Ibid.

“Como recomendaciones, en lo personal sugiero establecer medidas extra-ordinarias en el contexto de la pandemia y de la estrategia misma que ayuden y garanticen mantener los servicios esenciales como es la utilización de alternativas como las redes sociales en aras de aumentar las coberturas, así como vencer las distancias provocadas por diferentes factores devenidos por la pandemia”<sup>79</sup>.

Dentro de este grupo de participantes, algunos mencionaron que sus unidades ya están utilizando estas aplicaciones y tecnologías para mantener contacto con sus pacientes o brindarles consultas de telemedicina.

“El personal de salud que [pertenece a] grupos vulnerables está encargado de realizar telemedicina contactando a gestantes en riesgo y realizando consultas virtuales a las embarazadas que por algún motivo no pueden ir a la institución incluyendo el miedo al contagio”<sup>80</sup>.

### *7.1.3. Reapertura de la consulta externa*

Una porción significativa de participantes planteó que es necesario reabrir completamente la consulta externa de los establecimientos para mantener los servicios esenciales. Al parecer la mayoría de unidades ya lo han hecho o están en proceso de hacerlo; aquellas unidades que han abierto sus consultas externas observan las medidas de bioseguridad y han establecido otras estrategias, como fijar entradas exclusivas, colocar señalética y controlar el flujo de los pacientes que salen o entran de los establecimientos con el fin de prevenir el contagio.

“En el mes de julio se retoma la consulta externa en un 50 %, luego fue restableciéndose de manera habitual, cumpliendo con las medidas de bioseguridad y distanciamiento, lo cual es de fácil visualización por las señaléticas colocadas, además del control de la disciplina de acceso y salida de los usuarios del establecimiento de salud, se ha mantenido informada a la población de la apertura de los servicios de salud”<sup>81</sup>.

Luego de la reapertura de la consulta externa en estas unidades, la asistencia de las pacientes habría ido aumentando paulatinamente. En el caso de un participante, la consulta externa de su unidad reabrió inicialmente para ginecología, pero no para neonatología y pediatría.

### *7.1.4. Visitas domiciliarias para captar pacientes y brindar servicios esenciales*

Una recomendación adicional hecha por los participantes del foro es realizar visitas domiciliarias para poder mantener o dar continuidad a los servicios esenciales interrumpidos o mermados durante la pandemia, como controles del niño sano, vacunación de niños atrasados en su esquema de vacunación, entrega de métodos anticonceptivos y atención a gestantes en riesgo.

“Que el personal de salud continúe realizando visitas domiciliarias para la captación de mujeres pre y postnatal. De igual manera que se continúe con la búsqueda de niños menores de 2 años para su respectiva inmunización con el esquema actual del MSP”<sup>82</sup>.

### *7.1.5. Coordinación con establecimientos del primer nivel*

---

<sup>79</sup> Ibid.

<sup>80</sup> Ibid.

<sup>81</sup> Ibid.

<sup>82</sup> Ibid.

Una porción menor de participantes mencionó que se debería establecer una buena coordinación y comunicación entre los establecimientos de segundo y primer nivel de atención de salud a fin de garantizar que las pacientes accedan a servicios en el primer nivel cuando el segundo nivel no esté en capacidad de darlos, por ejemplo, porque ha cerrado su consulta externa o porque no dispone de métodos anticonceptivos. Esta colaboración sería particularmente importante cuando se trata de brindar atención a pacientes en riesgo, quienes necesitan de seguimiento constante.

“La recomendación sería difundir a todos los servicios de salud sobre la atención suspendida en nuestra institución de consulta externa, por ende, antes del alta socializar a los usuarios para que acudan a los centros de salud, para el control de niño sano y vacunas, control postparto, y socializar con los compañeros de salud para que realicen un seguimiento estricto a pacientes gestantes de alto riesgo obstétrico en los centros de salud cumpliendo con todas las normas de bioseguridad”<sup>83</sup>.

#### *7.1.6. Actualizar conocimientos y protocolos ante Covid-19; asesoría de PF postparto*

Finalmente, un grupo más pequeño de participantes se refirió a dos campos de acción que contribuirán a mantener los servicios esenciales en cuestión. Primeramente, dotar de información y conocimientos sobre la Covid-19 a personal de salud y a pacientes, lo cual implicaría actualizar permanentemente los conocimientos del personal de salud, elaborar protocolos y planes para disminuir el riesgo de contagio de Covid-19 en los establecimientos, y comunicar a los pacientes información nueva sobre la prevención y transmisión del virus. Segundo, utilizar el momento del postparto para proveer a las pacientes de asesoría en planificación familiar y métodos anticonceptivos, así como para motivar que mantengan el esquema de vacunación de sus hijos.

### **8. Módulo 8: Recomendaciones y técnicas para la protección del personal de salud y del paciente frente al COVID-19.**

En el módulo ocho se abordaron recomendaciones para que el personal de salud se proteja del contagio del SARS-Cov-2 en diferentes niveles de riesgo, así como para instruir sobre protección a los usuarios del sistema de salud. Para poder participar en el foro, los participantes miraron un video sobre recomendaciones para reducir el riesgo de contagio en establecimientos y contestaron preguntas sobre cuáles serían las técnicas de protección factibles de implementar inmediatamente en su unidad de salud, y cuáles no podrían llevar a cabo.

#### **8.1 Recomendaciones para protección del Covid-19 que se pueden implementar en las unidades de salud.**

##### *8.1.1. Uso adecuado de equipos de protección personal (EPP) y correcto lavado de manos*

La principal técnica o recomendación que sí se podría implementar, sugerida por la mayoría de participantes, es promover el uso eficiente y adecuado de EPP por parte del personal de salud mediante capacitaciones y supervisión. Junto con esta práctica, los participantes también mencionaron que se podría capacitar y supervisar continuamente al personal sanitario sobre la

---

<sup>83</sup> Ibid.

manera correcta de realizar el lavado de manos, lo cual deberá ir acompañado de la provisión de insumos necesarios.

“En todos los establecimientos de salud se debe capacitar e incentivar al personal de salud sobre el lavado de manos el cual se lo debe realizar con una técnica sencilla pero eficaz y estandarizada; así mismo el hospital debe vigilar que conste con todos los elementos para que se ejecute bien el lavado de manos como es jabón, papel toalla y alcohol gel.

De la misma manera se debe concientizar al personal de salud sobre el uso correcto de las prendas de protección ya que actualmente se ha visto que en los hospitales existe escases de dichas prendas y como estamos en el último mes del año las autoridades no constan con el presupuesto necesario para comprar nuevos. El personal de salud debe optimizar este recurso ya que la pandemia continua y los contagios van incrementado”<sup>84</sup>.

Según algunos participantes, la supervisión del buen uso de los EPP (p. ej. colocación y retiro), debería abarcar no solo al personal médico, sino también al personal administrativo, operativo y de seguridad. Otros participantes sugirieron que se podría establecer sanciones a los profesionales por el mal uso de los EPP, y colocar instructivos visibles en el espacio para garantizar el uso adecuado de los mismos. También mencionaron que la capacitación sobre el uso de EPP debe ser continua pues, a medida que pasa el tiempo, los profesionales se han ido relajando en cuanto a la observación de los pasos y medidas necesarias, y que dicha capacitación podría diversificarse según el tipo de atención y los niveles de protección requeridos. Un participante comentó que en su unidad cada responsable del Servicio de Enfermería observa y reporta el buen o mal uso de EPP, mientras que otro participante indicó que en su hospital existe un responsable y observadores de la estrategia multimodal de higiene de manos.

#### *8.1.2. Desinfección de equipos, ambulancias y manejo adecuado de desechos contaminados*

Una segunda categoría de técnicas de protección que los participantes consideran factibles de implementar incluye la desinfección de equipos médicos y de ambulancias que transportan a pacientes con sospecha de Covid-19, junto con el manejo correcto de desechos contaminados, para lo cual se podrían realizar capacitaciones dirigidas al personal a cargo de estas tareas.

#### *8.1.3. Educación a pacientes sobre Covid-19 y normas bioseguridad*

Una tercera técnica de protección que es posible llevar a cabo según un grupo más reducido de participantes, es la capacitación o educación constante a los pacientes, tanto de consulta externa como ingresados, sobre las normas de bioseguridad que se deben observar, principalmente, el uso adecuado de la mascarilla para prevenir el contagio.

“Enseñar a los pacientes en general el uso adecuado de la mascarilla, esto puede ser en las salas de espera hasta que les toque el turno para ser atendidos, pues pedimos a los pacientes que usen

---

<sup>84</sup> Participante del Foro 8. Curso “Fortalecimiento de las actividades ESAMyN en el contexto Covid-19”. Octubre, 2020.

maskarilla pero no les indicamos como colocársela o retirarla de forma adecuada e indicarles que no se la deben tocar y si lo hacen que desinfecten sus manos inmediatamente”<sup>85</sup>.

Para un participante del foro, se debería también fomentar una política de control y supervisión del uso de mascarillas, pues algunos pacientes no usan las mascarillas que se distribuyen dentro de la unidad, o utilizan las mascarillas de tela que traen de casa.

Con respecto al lavado de manos, un participante destacó la importancia de implementar las capacitaciones en su unidad, pues no solo se enfrentan a la falta de concientización, sino que además hay otros obstáculos como la alta demanda de pacientes y una infraestructura deficiente.

“...quizá la mayor parte del personal ya hemos logrado concientizar el uso adecuado de los equipos de protección personal. Pero hay un trabajo muy extenso en el tema de higiene de manos, no solo por el desconocimiento o la falta de conciencia, es más bien por la alta demanda de pacientes y las condiciones de la infraestructura ya que dispensadores y lavamanos se encuentran en mal estado y los recursos económicos se han visto limitados en cuanto a la adquisición de infraestructura”<sup>86</sup>.

#### *8.1.4. Colocación de señalización dentro de las unidades de salud*

La cuarta recomendación para protección ante la Covid-19, considerada factible de realizar por un grupo pequeño de participantes, es la colocación de señalización dentro de los establecimientos de salud con diferentes usos, por ejemplo, para indicar la distancia a mantener, para determinar áreas de riesgo, o para señalar rutas o flujos de circulación de pacientes.

#### *8.1.5. Monitoreo de la salud del personal*

Unos pocos participantes consideran que se puede llevar a cabo el monitoreo y registro del estado de salud del personal. Esto implicaría la valoración física de los profesionales y la toma de temperatura, así como la realización de pruebas rápidas para personal con sintomatología. Un par de participantes mencionaron que en sus unidades sí se administran las pruebas, pero a veces hay demora en llevarlas a cabo.

### **8.2 Recomendaciones para protección del Covid-19 que no se podrían implementar en la actualidad.**

#### *8.2.1. No se puede proveer de EPP a todo el personal y a acompañantes de pacientes, ni usarlos adecuadamente.*

Al contestar esta pregunta, la mayoría de participantes respondió que la técnica de protección que no se puede implementar actualmente con éxito en sus unidades es el uso eficiente y adecuado de EPP. Esto se debe a situaciones propias de las diferentes unidades de salud de cada participante: a) no se puede dotar de prendas de protección a todo el personal de salud; b) el personal usa los EPP de forma excesiva o innecesaria; c) no existe una distribución adecuada de los EPP; d) no se puede supervisar el adecuado uso de los EPP por falta de personal suficiente; e) el personal no utiliza los EPP según el nivel de riesgo.

---

<sup>85</sup> Ibid.

<sup>86</sup> Ibid.

“Es complicado, pero se está trabajando en el uso de la mascarilla N95 de acuerdo al tipo de atención, la mayoría de los profesionales exigen el uso de la mascarilla N95 debido al miedo que tienen de contagiarse y por ende contagiar a los suyos, pero se está poniendo énfasis en la socialización de los lineamientos establecidos y poder optimizar los recursos ya que la falta de recursos de los hospitales para cubrir la demanda de pacientes y por ende la utilización de equipo de protección personal para los profesionales que realizan las atenciones en los diversos servicios de salud, es un nudo crítico que atraviesa la mayoría de los hospitales del país.”<sup>87</sup>.

Asimismo, los participantes reiteraron algo dicho en otras secciones de este documento, esto es, que los establecimientos de salud han tenido dificultades para implementar el acompañamiento de familiares durante el parto y postparto por falta de EPP.

“En el caso de pacientes en trabajo de parto, parto y puerperio, en quienes se indique acompañamiento de un familiar, lo ideal y esperado, es que debe proveerse de EPP acorde al nivel de exposición o necesidad de protección, para el acompañante, pero esto no se podría hacer, debido al alto costo de todas las prendas de protección y la escasez de las mismas”<sup>88</sup>.

Unos pocos participantes mencionaron que la falta de EPP también ha reducido el flujo y el tiempo de las visitas de manera general.

#### *8.2.2. No se puede implementar telemedicina por falta de equipos y servicio de internet*

Una cantidad menor de participantes indicó que no se podría utilizar la telemedicina como una forma de prevención del contagio de la Covid-19, pues tanto las unidades de salud como los pacientes suelen carecer de las herramientas tecnológicas necesarias para que funcione plenamente esta modalidad de atención de salud.

“Considero que la telemedicina no se va a poder cumplir al 100% ya que no todos los establecimientos de salud cuentan con los equipos necesarios y también porque algunos pacientes no tienen acceso a las herramientas informáticas o al internet”.

Varios participantes enfatizaron que la telemedicina es algo improbable en los establecimientos de salud que dan cobertura a zonas rurales, donde el acceso a los servicios de telefonía e internet es aún más limitado.

#### *8.2.3. No se puede realizar controles de salud del personal por falta de recursos humanos y económicos*

Otro grupo de participantes indicó que no se podría hacer un monitoreo o control continuo del estado de salud del personal que labora en las unidades porque no existen los recursos necesarios, es decir, hace falta pruebas rápidas de diagnóstico, talento humano para que realice esta actividad, y presupuesto en general. Asimismo, mencionaron que no se puede monitorear y tratar la salud mental y emocional del personal sanitario por motivos similares.

#### *8.2.4. No se puede hacer modificaciones en el espacio y colocar señalética*

---

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Ibid.



En último lugar, un grupo pequeño de participantes desestimó la posibilidad de implementar recomendaciones relacionadas con la modificación de espacios a fin de promover el distanciamiento. Por un lado, algunas unidades no podrían colocar barreras en forma de mamparas de plástico o vidrio para la atención en los puestos de consulta externa debido a la falta de presupuesto. Por otro lado, hay unidades que no han podido crear áreas debidamente aisladas para la atención de pacientes con Covid-19. Finalmente, señalaron que no han podido colocar toda la señalética requerida sus unidades para orientar a los usuarios y mejorar el flujo de pacientes; en un caso, no se ha podido establecer rutas de circulación de pacientes con la señalética correspondiente porque la infraestructura lo impide al haber una sola puerta de entrada y salida en consulta externa y emergencia.