

Reflexiones en torno al nacimiento en tiempos de pandemia de coronavirus en Leticia, sur de la Amazonia colombiana

Reflections on birth in times of coronavirus pandemic in Leticia, southern Colombian Amazon

Reflexões sobre o nascimento em tempos de pandemia de coronavírus na Leticia, sul da Amazônia colombiana

Tania Yimara Martínez Forero

Artículo de Reflexión

Dosier: Reflexiones y perspectivas sobre la pandemia del COVID-19.

Editores: Gilton Mendes dos Santos, Luisa Belaunde, Edgar Bolívar-Urueta

Fecha de envío: 2020-06-22 **Devuelto para revisiones:** 2020-07-10 **Fecha de aceptación:** 2021-02-09

Cómo citar este artículo: Martínez Forero, T.Y. (2021). Reflexiones en torno al nacimiento en tiempos de pandemia de coronavirus en Leticia, sur de la Amazonia colombiana. *Mundo Amazónico*, 12(1), 139-150. <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88516>

Resumen

Los cuidados tradicionales y domiciliarios son, a simple vista, el modelo predominante de asistencia al parto en la región amazónica de la triple frontera (Colombia, Brasil, Perú), al cual se han venido sumando mujeres no indígenas que desean ser asistidas por parteras, tanto por la búsqueda de una atención más cercana y empática que tenga en cuenta su estado emocional, como por el miedo al contagio e intervencionismo que hoy caracterizan al espacio hospitalario, dada la emergencia sanitaria suscitada por la pandemia de COVID-19. Lo anterior plantea nuevos retos para una región donde el sistema sanitario se ha visto precarizado por la corrupción y desatención del gobierno nacional y, como tal, resulta difícil la aplicación de protocolos de prevención en el área de salud materno-perinatal. Examinar el parto planificado desde el trabajo intercultural e interdisciplinario en espacios exclusivos para esta atención, puede ayudar a proyectarnos y entender la necesidad de sumar aliados a este trabajo, con el fin de garantizar un acompañamiento a la maternidad respetado y culturalmente pertinente en el sur de la Amazonia colombiana.

Palabras clave: Parto domiciliario; salud materna; parto intercultural; parto respetado.

Tania Yimara Martínez Forero. Psicóloga de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Especialista en Educación y Gestión Ambiental de la Universidad Francisco José de Caldas. Especialista en estudios Amazónicos. Doctorado en Estudios Amazónicos de la Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia. tymartinezf@unal.edu.co

Abstract

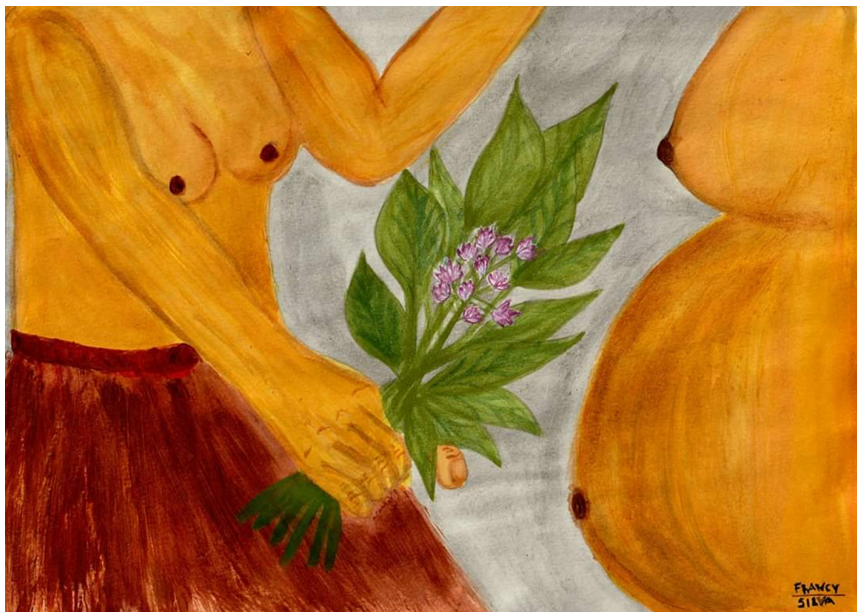
Traditional and home care are, at first glance, the predominant model of assistance at birth in the Amazon region of the triple border (Colombia, Brazil, Peru), to which non-indigenous women who wish to be assisted by midwives have been joining, both for the search for a closer and more empathetic care that takes into account their emotional state, as well as for the fear of contagion and interventionism that today characterize the hospital space, given the health emergency caused by the COVID-19 pandemic. This poses new challenges for a region where the health system has been precarious due to corruption and neglect by the national government and, as such, it is difficult to apply prevention protocols in the area of maternal-perinatal health. Examining planned childbirth from intercultural and interdisciplinary work in exclusive spaces for this care, can help to project ourselves and understand the need to add allies to this work, in order to guarantee a respectful and culturally relevant accompaniment to motherhood in the south of the Colombian Amazon.

Keywords: Home birth; maternal health; intercultural childbirth; respected childbirth.

Resumo

Os cuidados tradicionais e domiciliares são, à primeira vista, o modelo predominante de assistência ao parto e nascimento na região amazônica da tríplice fronteira amazônica (Colômbia, Brasil, Peru), ao qual se juntam mulheres não indígenas que desejam ser assistidas por parteiras, tanto pela busca de cuidados mais próximos e empáticos, levando em consideração seu estado emocional, quanto pelo medo ao contágio e ao intervencionismo que hoje caracterizam o espaço hospitalar, diante da emergência de saúde causada pela pandemia do Covid-19. Isso coloca novos desafios para uma região onde o sistema de saúde tem sido precarizado devido à corrupção e negligência do governo nacional, sendo, portanto, difícil aplicar protocolos de prevenção na área da saúde materno-perinatal. Examinar o parto planejado a partir de trabalho intercultural e interdisciplinar em espaços exclusivos para esse cuidado pode nos ajudar a nos projetar e entender a necessidade de unir aliados nesse trabalho, a fim de garantirmos um acompanhamento respeitado e culturalmente relevante à maternidade no sul da Amazônia colombiana.

Palavras-chave: Parto domiciliar; saúde materna; parto intercultural; parto respeitado



‘El arte de partear’, obra de la artista Francy Silva del pueblo murui.

Introducción

Sea una quimera inventada en los laboratorios de un poderoso integrante del Sorden mundial o un resultado de la degradación acelerada de la naturaleza, el COVID-19 y el aislamiento social consecuente a su rápida evolución como pandemia de escala mundial ha dejado en evidencia las múltiples fallas sociales que aquejan a nuestra modernidad. La pobreza de un amplio sector de la sociedad, la informalidad del trabajo, el olvido estatal y la inequidad para el acceso a servicios básicos de salud, saneamiento y educación, son solamente algunas de estas fallas. Pero el progresivo y triste deterioro de las relaciones humanas y como tal, de los sistemas sociales basados en la colaboración, es quizá la peor de las consecuencias del modelo capitalista e individualista que plantea la sociedad moderna y que afecta la vida como un derecho vinculado directamente a los otros derechos humanos.

Este modelo cultural ha impactado significativamente la práctica médica en torno al proceso procreativo, teniendo como consecuencia una nueva visión del nacimiento caracterizada por un elevado intervencionismo y medicalización, frecuentes en las salas de parto. Sin embargo, los avances de los estudios neuroendocrinos, transculturales y multidisciplinarios en torno a la maternidad y la crianza, han conducido a una serie de movimientos sociales y activistas relativos a este proceso (por ejemplo, el parto respetado, la crianza natural, entre otros), que han influido significativamente en las políticas de cuidado, pero también en las expectativas de una amplia población materna que progresivamente recurre a nuevas alternativas terapéuticas para el acceso a una atención efectiva y afectiva para el nacimiento de sus hijos e hijas.

En consecuencia, en las últimas décadas se ha venido observando una tendencia al parto planificado en casa, siendo ésta más evidente en las ciudades principales del país. Por ejemplo, en Bogotá, hoy en día se encuentran asociaciones reconocidas de partería urbana, las cuales podrían estar enmarcadas en la caracterización desarrollada por Davy Floyd (2004) sobre los sistemas de partería global humanista, toda vez que conglomeran diversas prácticas médicas y terapéuticas alternativas, sin alejarse del origen tradicional y ancestral de este rol.

Sin embargo, esta búsqueda de una experiencia positiva de parto, generalmente se ha visto restringida a servicios de salud que cobran de manera particular la atención “respetada”, siendo un paquete al que sólo algunas pueden acceder. Como tal, el conocimiento especializado se encuentra supeditado a las condiciones económicas de la mujer y su familia (Arango, Molina, Mejía y Faneyra, 2018) y, en consecuencia, aún no son un recurso de fácil acceso para la población indígena y popular.

De esta manera, esta tendencia aún no es reconocida en el sur de la Amazonia colombiana e incluso, puede que no cuente con el mismo

desarrollo, dada su apreciación cultural en la población materna indígena. No obstante, en las maternas no indígenas se está constituyendo como una opción viable que reúne una experiencia tradicional y biomédica cercana a sus expectativas. Estas diferencias son fundamentales en el marco de la reflexión del nacimiento en tiempos de pandemia de COVID-19 en Leticia, toda vez que el miedo al contagio y a las intervenciones innecesarias en los paritorios institucionales, fomentó esta elección, mostrando grandes diferencias en ambas poblaciones, las cuales resultan interesantes de resaltar.

Es así como este escrito surge de la reflexión constante que emerge de mi trabajo como doula y psicóloga perinatal, antes y después de la pandemia por COVID-19, resaltando las prácticas tradicionales observadas en el marco del trabajo de campo de mi tesis doctoral “Hacia un parto intercultural y respetado en la Amazonia colombiana” (Martínez-Forero, 2020), y el acompañamiento a partos en colaboración con parteras locales, por medio de los cuales los agentes tradicionales desarrollaron el complejo de ‘cuidos’ etnoperinatales y curaciones a familias no indígenas, que vieron en su modelo de atención una opción de acompañamiento cercano y empático con las expectativas de madre y padre.

De esta manera, realizaré una descripción general de las nociones culturales asociadas a los cuidados etnoperinatales en los pueblos del sur de la Amazonia colombiana, con el fin de analizar la importancia cultural del parto/nacimiento en las comunidades para la formación del nuevo ser, para posteriormente reflexionar en torno al parto de maternas no indígenas asistido por parteras en el marco de la pandemia y, finalmente, el necesario abordaje de las expectativas socioculturales y de la salud mental de las maternas indígenas y no indígenas en el marco de la atención intercultural a la salud procreativa.

Los cuidados etnoperinatales en la formación de la persona

El parto en casa ha sido históricamente una realidad para las poblaciones originarias de la Amazonia, dada la dispersión geográfica y baja cobertura biomédica. Sin embargo, aunque estas barreras fueran superadas, también existen nociones culturales que promueven el parto domiciliario en la población indígena. Estas nociones se relacionan con el ‘buen trato’ a la parturienta, pues su estado emocional y humores de los acompañantes pueden ser incorporados en el temperamento de la criatura, afectando así su formación inicial. En ese sentido, madre, padre, padrinos, madrinas, pateros o médicos tradicionales, deben conservar un ‘buen pensamiento’, pues de lo contrario puede nacer una descendencia rabiosa, perezosa, floja o enfermiza.

De esta manera, el deseo colectivo de un temperamento tranquilo promueve en la comunidad el buen trato o ‘trato bonito’ a las maternas desde el principio del proceso procreativo. Ello hace evidente una producción colectiva de los cuerpos que invita a que se “materne” en colectivo, encontrando incluso que las madres adquieren un estatus social que feminiza la acción pública, haciendo grupal su cuidado para proteger a quien depende de ella, es decir, a la criatura.

Sin embargo, esta construcción colectiva requiere de una formación vitalicia de hombres y mujeres para asegurar un buen nacimiento. Por ejemplo, para los pueblos Awajun y Wampis de la Amazonia peruana se nace bordeando la muerte. Por ello, han desarrollado un complejo sistema de cuidados para disminuir los riesgos perinatales a través de normas y restricciones que van desde la gestación y que, igualmente, determinan el desarrollo del neonato fuera del útero materno (Medina y Mayca, 2006). Estas restricciones no son nada alejadas del conjunto normativo de cuidados etnoperinatales que caracteriza a los pueblos del sur de la Amazonia colombiana, como tampoco lo es la noción de riesgo asociado al nacimiento de los hijos e hijas, lo cual busca ser controlado mediante el desarrollo de estos cuidados desde la infancia.

Normas de comportamiento para las niñas como los ‘cuidos’ de la matriz para que no se resfríe, dejar siempre limpio el cernidor de yuca para que sus hijos no nazcan con cebo (vérmix caseoso), barrer y botar inmediatamente la basura recogida para evitar que el feto se tranque durante sus partos, no comer aguacate porque la hace débil como lo es el árbol, no consumir castañas porque puede tener un parto seco, pues es un fruto sin agua, o fabricar su propia escoba de chambira para abrir el camino del bebé durante el parto (en el caso específico del pueblo Magüta), son algunos ejemplos del complejo de ‘cuidos’ de la fertilidad femenina que se vive desde la infancia en estas comunidades. A su vez, en los niños es común aumentar la medida del muñón umbilical durante el corte de cordón, para garantizar su potencia sexual cuando sea un hombre maduro.

A estos ‘cuidos’ se suman un sinnúmero de prácticas de producción colectiva de la gente, todas ellas orientadas a garantizar una buena experiencia de parto/nacimiento y una crianza acorde a las pautas culturales de cada pueblo. Entre estas prácticas encontramos las curaciones de los sabedores y sabedoras para incorporar habilidades distintivas, el trabajo en la chagra que forma cuerpos resistentes y adaptables a las vivencias de dolor, los relatos de parto narrados desde la ‘fuerza’, las palabras de consejo orientadas al manejo de las emociones, la participación activa en la labores domésticas, el desarrollo de habilidades en puericultura desde el cuidado de los más pequeños y un vínculo materno/paterno filial generalmente cercano. Todo ello hace parte de una formación colectiva para la “mapaternidad”, la cual invoca a esas capacidades femeninas y masculinas para el cuidado y la crianza de nueva gente.

Es así como niños y niñas reciben las curaciones espirituales, cuidados y alimentación para que sean fuertes, sanos, trabajadores, para que no sean rabiosos o lagañosos (termino local que refiere a la irresponsabilidad) y como tal, se hagan cargo de su descendencia durante la adultez. Esta formación vitalicia para la mapaternidad, es precisamente una de las más valiosas estrategias culturales de estos pueblos, donde se privilegia el ‘cuido’ colectivo de niños y niñas, así como del cuerpo de la mujer como dadora de vida y garante de la fertilidad social y territorial, y finalmente, pilar del buen vivir.

Pero es a partir del nacimiento de los hijos e hijas que se pone a prueba esta formación, pues el padre debe demostrar que sabe cuidar a la madre garantizando la protección de la diada madre-bebé, y la madre demostrar que puede cuidar a quien ha parido; ambos siguiendo las dietas y restricciones establecidas para cada uno de los géneros. Dichas dietas se orientan a la recuperación del cuerpo de la madre después del parto y la supervivencia del nuevo ser.

Sin embargo, el bienestar de madre y del recién nacido dependen del ‘cuido’ colectivo, toda vez que sus cuerpos abiertos y blandos los hace susceptibles al ingreso de cualquier patógeno biológico o espiritual. Es por ello que durante los partos se desarrollan prácticas de curación y protección tradicional, para evitar que gente no humana (atraída por la sangre del parto) rapte a quien nace, pues su espíritu aún es vago y con cualquier fuerza, llanto, o descuido, puede perder su sombra, su energía vital, su aire de vida o en palabras castizas, morir. Por tanto, la participación de sabedores o sabedoras se hace indispensable para proteger estos cuerpos de los males espirituales.

De esta manera, el parto se constituye como un espacio vital que trasciende el cuerpo de la mujer y se convierte en un hecho social-territorial, donde todas las gentes (humana, animal, vegetal, espiritual) aportan a la formación de los nuevos integrantes de la comunidad y, como tal, a la salud colectiva de su pueblo y territorio. Por tanto, presenta una importante carga física, espiritual y psíquica, donde las emociones negativas como el miedo, la vergüenza y la desconfianza en la madre, son factores de riesgo asociados a complicaciones, dada la pérdida de la ‘fuerza’ de la madre para pujar y, en consecuencia, inconvenientes en la formación de quien nace. Ello responde a que esta ‘fuerza’ es transferida al recién nacido por medio del calostro (primera leche), el cual actúa como una vacuna física desde sus inmunoglobulinas y espiritual desde la transferencia de esa energía vital como parte de sus rasgos identitarios.

Este rápido recorrido por los cuidados etnoperinatales tienen el objetivo de mostrar cómo, el parto en los domicilios responde principalmente a expectativas socioculturales de las maternas indígenas y sus parientes, quienes, en busca de una atención familiar, empática con sus necesidades y acorde a las pautas culturales de su pueblo, prefieren el acompañamiento de parteras

y médicos tradicionales quienes, a su vez, garantizarán la presentación del neonato a los seres del territorio y la protección de la triada (madre-bebé-padre) para evitar males espirituales.

Esto explica por qué la partería, como se presenta en las grandes ciudades (sistemas de partería global humanista) y la doulería, no son una necesidad de la población indígena, pues parir no requiere de conocimientos especializados, sino de la experiencia y la fuerza ganada conforme se viven los partos propios, aspecto que es evaluado para el reconocimiento local de las parteras, quienes deben ser múltiparas para ello.

Parto y nacimiento en contexto de pandemia en la Amazonia

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la población indígena, con pandemia o sin pandemia, suele recurrir a la atención tradicional domiciliaria para el nacimiento de sus hijos e hijas, decisión que se hace más indudable conforme aumenta la cantidad de partos en una mujer, sin requerir la intervención de externos a su cultura que desconozcan sus cuidados etnoperinatales. Ello fue más evidente cuando al ofrecer mis servicios de acompañamiento, la primera pregunta siempre fue ¿Cuántos hijos tiene usted? Esto me invitó a recurrir a un trabajo como colaboradora de parteras, siendo reconocida así, como una ‘ayudante’ de ellas.

Pero este acompañamiento a partos como Doula y Psicóloga Perinatal ha sido más viable y reconocido por las maternas no indígenas. Esto se ha hecho más evidente en tiempos de pandemia, toda vez que la emergencia sanitaria consecuente al COVID-19, ha traído consigo un miedo añadido en torno al nacimiento en las salas de parto de las instituciones. El riesgo de contagio y las posibilidades de un mayor intervencionismo y cesáreas para evitar el colapso de los servicios médicos, además de mostrarnos los desafíos que vive el personal sanitario en un sistema precarizado por la corrupción endémica que aqueja al sistema de salud colombiano desde hace más de dos décadas; nos demuestra que los hospitales, podrían no ser los espacios adecuados para el nacimiento de nuestros hijos e hijas, por ser lugares destinados a la asistencia de los estados de enfermedad.

A ello se suma el miedo y desconfianza que tienen algunas maternas hacia los médicos y hospitales, en contraste al bienestar y seguridad que otorga el ambiente hogareño. Esto es un aspecto muy relativo e independiente de su identidad étnica, pues, tanto indígenas como no indígenas pueden o no manifestarlo así. Realmente ello depende de las experiencias (directas o indirectas) previas de la madre y de sus expectativas socioculturales asociadas al nacimiento de sus hijos e hijas.

Estos factores condicionantes para la atención hospitalaria al parto han sido reconocidos por los sistemas sanitarios de países como Holanda e Inglaterra, entre otros, donde los gobiernos han dispuesto recursos estatales para brindar las condiciones para un Parto Domiciliario Planificado –PDP-, entendiendo que el reconocimiento de los recursos propios del cuerpo materno y el respeto por su autonomía, son factores protectores que permiten prevenir las complicaciones relacionadas con su estado emocional o *distocia emocional* (Smulders y Croon, 2002).

Sin embargo, el PDP en el contexto amazónico, y durante una pandemia como la que atravesamos, también presenta múltiples complejidades. Las condiciones climáticas adversas, fauna silvestre venenosa, problemas recurrentes con la comunicación y conectividad, dificultades para el traslado (especialmente nocturno), así como del acceso terrestre según las variantes del río, son algunos de los factores que hacen complejo dicho acompañamiento.

A su vez, el PDP requiere de la obligatoria asistencia materna a los controles prenatales con el fin de descartar riesgos especialmente relacionados con el recién nacido, toda vez que, pese a estar asociado a un menor número de intervenciones y morbilidad materna, el riesgo de mortalidad neonatal se triplica (Gonzales y Buñuel, 2010). Esto suele ser una consecuencia de prácticas inadecuadas en la atención, pero también de dificultades fetales que pueden ser detectadas mediante la valoración prenatal. Esto es un dato importante, pues el acceso a los servicios institucionales para esta valoración prenatal, se dificultaron en el marco de su ajuste a los protocolos de bioseguridad y de los servicios biomédicos en general; sin contar que, en la población materna indígena, no suelen ser desarrollados de manera cabal, tanto por las dificultades de transporte, como por los discursos médicos atemorizantes que son contraproducentes desde las nociones indígenas relacionadas con el poder del pensamiento.

A esto se sumó un impacto en la salud mental consecuente a una cuarentena nacional orientada a prevenir el contagio por medio del distanciamiento físico. Esto tuvo repercusiones en las relaciones interpersonales, la cuales, en el marco del acompañamiento partera/madre/doula, son base para la generación de confianza. La incertidumbre latente generó una carga psíquica y emocional que nos afectó a todos y todas. La vivencia materna en la que nos concentramos parteras y doulas en el marco de nuestros servicios, no tuvo el mismo impacto, teniendo en cuenta que también estábamos concentradas en la protección de nuestras familias desde un miedo constante.

La maternas no indígenas también sintieron estos cambios, pues, pese a disfrutar de la tranquilidad consecuente a la falta de visitas durante puerperios que requieren intimidad, el miedo al contagio, las cargas domésticas y las afectaciones en la vida familiar y económica, entre otros, añadieron una carga de ansiedad a todo el proceso procreativo, que como vimos, es un factor de

complicación desde todo punto de vista (tradicional y biomédico). Valdría la pena revisar estos asuntos de salud mental materna en población indígena y no indígena como aporte para el mejoramiento de los servicios biomédicos y tradicionales a la salud materno-perinatal local.

Salud integral materna en el entorno biomédico en tiempo de Pandemia

Todo lo anterior nos ha mostrado que, además del necesario trabajo articulado entre el sistema biomédico y el tradicional para una atención segura y empática al proceso procreativo, en las instituciones prestadoras de salud valdría la pena conformar un equipo multidisciplinario para el trabajo extra-mural, que desarrolle labores de promoción, prevención y seguimiento en los hogares, incorporando la salud mental materna como un aspecto básico para la salud materno-perinatal local.

De esta manera, el COVID-19 ha resultado un gran reto para profesionales, acompañantes tradicionales, activistas de la salud procreativa y también para madres, pues en el marco de una realidad de pandemia dejó entrever, no sólo las deficiencias de nuestro modelo cultural y del sistema sanitario, sino del necesario reconocimiento de las expectativas socioculturales maternas y su relación con una experiencia positiva de parto. Estos aspectos hoy en día son resaltados por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) para la atención a este proceso procreativo dentro de las salas de parto, e incluso, fomentando la apertura de casas de maternidad o de partería cercanas a las instituciones biomédicas, para el acompañamiento al parto de baja complejidad, contando con las herramientas de seguridad para brindar una asistencia intercultural y respetada de las necesidades maternas y la posibilidad de remisión a la institución anexa, en caso de complicaciones.

En ese sentido, es importante tener en cuenta que el parto es una experiencia trascendental que impacta el bienestar físico y emocional de la mujer. En la Amazonia el parto domiciliario (incluso el auto-asistido) ha sido una realidad histórica para la población indígena; pero esta situación de pandemia lo ha impulsado invitando a maternas no indígenas a buscar un acompañamiento tradicional. Esto no sólo es producto del miedo al contagio y de un mayor riesgo de intervenciones innecesarias en los hospitales, sino también de la búsqueda de un acompañamiento más cercano y empático con sus necesidades afectivas.

En ese sentido es importante que las instituciones orienten las rutas de atención para reducir los estados de estrés materno. En el marco de la pandemia es recomendable que la madre, independiente de su identidad étnica, sepa que no va a tener ningún contacto con pacientes Covid al acudir a las salas de parto. A su vez, también es fundamental que los profesionales

responsables de la atención al parto se informen de las evidencias actuales y las recomendaciones para la atención. Por ejemplo, la OMS asegura que todas las mujeres tienen derecho a una experiencia de parto positiva, tengan o no una confirmación de COVID 19. Como tal, cualquier atención médica debe estar basada en el respeto por las expectativas socioculturales de la madre, el acompañamiento de su elección, técnicas de alivio del dolor, comunicación clara, libre movimiento y un ambiente cálido y familiar que haga sentir cómoda a la madre y garantice su confianza; tal como lo indican insistentemente los agentes tradicionales en el marco de sus nociones culturales asociadas al nacimiento.

Por tanto, teniendo en cuenta la infografía publicada por la OMS (2020), si existe sospecha de contagio, es el personal el que debe tomar las medidas de protección necesarias. La cesárea solo se debe dar cuando es médicamente justificada, y en estos casos, tanto el contacto piel con piel como la lactancia inmediatas, deben asegurarse como factores de protección de la salud física y mental de la madre y del recién nacido. Eso sí, la madre debe seguir las recomendaciones básicas de higiene respiratoria y corporal, como el uso del tapabocas y el lavado de manos y senos antes y después de la lactancia. La separación del recién nacido solo debe darse cuando la madre tiene síntomas de neumonía muy graves que le impiden atender al bebé, y para ello se debe garantizar una persona que la acompañe y le ayude en la extracción de leche y la alimentación del recién nacido.

Estas son recomendaciones para todos los agentes de atención a la procreación. Pero para ello es fundamental entender que el riesgo de contagio no da derecho a pasar por encima de las preferencias maternas. Además, antes y después del parto, las mujeres tienen derecho a la atención de su salud mental, especialmente en épocas de tanta incertidumbre. Recordemos que la relación madre e hijo es fundamental para el desarrollo humano, pero para ello se requiere de la participación de terceras personas, como los profesionales, esposos, familiares, amigos y vecinos, que desempeñen un papel activo en el cuidado de la madre, especialmente cuando se trata de maternas indígenas que mantienen cuidados colectivos para la maternidad, la paternidad y la crianza.

Conclusiones

La actual situación de pandemia por COVID-19 ha resaltado la predominancia del modelo de atención domiciliaria y acompañamiento tradicional al parto, a lo que se han sumado maternas no indígenas en su búsqueda de una experiencia más cercana y empática, donde la madre sea la protagonista de su proceso fisiológico y pueda decidir el lugar, los acompañantes, la posición para el expulsivo y el contacto inmediato con el recién nacido. Es por ello que el rol que cumplen parteras y médicos tradicionales para el nacimiento

de nuestros hijos toma gran importancia, toda vez que dicha predominancia no responde exclusivamente a condiciones geográficas y económicas, sino a nociones culturales y expectativas personales que invitan a las maternas a buscar un acompañamiento tradicional en el que pueden acceder a un trato empático y desarrollar los ‘cuidos’ etnoperinatales que caracterizan a los pueblos originarios de la región.

Ello nos invita a reflexionar en torno a la necesidad de un trabajo articulado entre los conocimientos biomédicos y tradicionales para el nacimiento de nuestros hijos e hijas, por medio de la conformación de equipos interculturales e interdisciplinarios capacitados para acompañar la planeación de un parto/nacimiento, teniendo en cuenta la cultura y expectativas de la madre, desde la aplicación de planes de parto con pertinencia cultural y de las recomendaciones internacionales en torno a los cuidados para una experiencia de parto positiva.

En ese sentido, con Covid o sin Covid, los profesionales debemos entender que para el acompañamiento a la salud materna es fundamental construir una relación significativa que reconozca sus condiciones y expectativas socioculturales. Como sociedad, es fundamental reconocer la importancia del cuidado de quien gesta, pare y cuida. Por eso, todos y todas tenemos la responsabilidad de garantizar su calidad de vida, la cual impacta positivamente en la nuestra.

Pensemos un poco en las recomendaciones que nos dan para un viaje en un avión. Los auxiliares de vuelo siempre nos dicen que ‘si estas con un niño o niña, antes de ponerle la mascarilla y auxiliarlo, debes ponértela a ti mismo’. Así mismo, para asegurar el bienestar de los hijos e hijas, debemos pensar en quien cuida principalmente de ellos y ellas. Por esto, la sociedad juega un papel fundamental en la protección de quienes nacen, desde el cuidado de la salud materna. Recordemos que el buen trato a la mujer y a la madre son la base de una cultura sana, fértil y abundante.

Referencias

- ARANGO, J. D., Molina, D., Mejía, C. y Faneyra, L. (2018). La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp17-35.amdp>
- DAVIS-FLOYD, R. (2004). Ways of knowing: Open and closed systems. *Midwifery today with international midwife*, 69, 9-13.
- GONZALES DE DIOS, J. y Buñuel, J. C. (2010). El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. *Evidencias en*

pediatría, 6(3), 14-17.

MARTÍNEZ-FORERO, T. (2020). *Hacia un parto intercultural y respetado en la Amazonia colombiana* (tesis doctoral en Estudios Amazónicos). Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia, Leticia, Colombia.

MEDINA, A. y Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 23(1), 22-32.

OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (archivo PDF). Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

OMS. (2020). Embarazo, parto, lactancia y COVID-19: Infografías. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-pregnancy-ipc-breastfeeding-infographics/en/>

SMULDERS, B. y Croon, M. (2002). *Parto seguro: una guía completa*. Barcelona: Medici.