



Percepciones de madres adolescentes sobre el acceso anticonceptivo durante la pandemia por COVID 19

Percepções de mães adolescentes sobre o acesso a anticoncepcionais durante a pandemia de COVID 19

Teenage mothers' perceptions of access to contraceptives during the COVID-19 pandemic

Diana Laura Ramos Patiño 

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí – SLP – México

Yesica Yolanda Rangel-Flores 

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí – SLP – México

RESUMEN

Objetivo: Conocer desde las perspectivas de madres adolescentes indígenas y no indígenas, las modificaciones que trajo la pandemia por COVID 19 en el acceso a metodología anticonceptiva. **Método:** Estudio cualitativo de tipo biográfico narrativo realizado en el periodo 2020-2022, en el que se incluyó a mujeres adolescentes indígenas y no indígenas de la región media del estado de San Luis Potosí en México. Mediante muestreo propositivo se invitó a participar y se entrevistó de manera individual a quince mujeres adolescentes que previo a la pandemia ya habían sido madres y se encontraban utilizando algún método de anticoncepción. Las entrevistas audiograbadas se transcribieron y analizaron desde la propuesta del análisis crítico del discurso. El estudio fue aprobado y supervisado por el Comité de ética de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí (registro SLP-027-2021). **Resultados:** La información se aproximó al fenómeno en dos dimensiones históricas: previo y durante la pandemia. Previo a la pandemia existía un rezago en el acceso, fundamentalmente por la existencia de un abordaje adultocéntrico, sexista y carente de perspectiva intercultural; durante la pandemia se reforzó el inacceso, siendo las más vulneradas las adolescentes indígenas, quienes además de tener que trasladarse a centros sanitarios lejanos, se percibieron más vulneradas ante el retraso en la atención o frente a la negación de los servicios. Nuevas formas de solidaridad para acceder a recursos anticonceptivos se documentaron entre las mujeres indígenas. **Conclusión:** Desde la percepción de las participantes, la pandemia reforzó el inacceso a metodología anticonceptiva.

Descriptores: Embarazo en Adolescencia; Planificación Familiar; Consejería Médica; Personal de Salud; COVID 19.

RESUMO

Objetivo: Conhecer, na perspectiva de mães adolescentes indígenas e não indígenas, as mudanças trazidas pela pandemia de COVID 19 no acesso à metodologia contraceptiva. **Método:** Estudo biográfico narrativo qualitativo realizado no período 2020-2022, onde foram incluídas mulheres adolescentes indígenas e não indígenas da região média do estado de San Luis Potosí, no México. Por meio de amostragem proposital, quinze adolescentes, que antes da pandemia já haviam sido mães e faziam uso de algum método contraceptivo, foram convidadas a participar e entrevistadas individualmente. As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas utilizando a proposta de análise crítica do discurso. O estudo foi aprovado e supervisionado pelo Comitê de Ética dos Serviços de Saúde do Estado de San Luis Potosí (registro SLP-027-2021). **Resultados:** As informações abordaram o fenômeno em duas dimensões históricas, antes e durante a pandemia. Identificamos que antes da pandemia já havia uma defasagem no acesso, principalmente pela ausência de uma abordagem adultocêntrica, machista e intercultural. Durante a pandemia essa falta de acesso foi reforçada, os mais vulneráveis foram as adolescentes indígenas, pois além das transferências para centros distantes, elas se sentiram mais vulneráveis pela demora no atendimento ou pela negação dos serviços. Novas formas de solidariedade foram documentadas entre as mulheres indígenas, para acessar recursos contraceptivos. **Conclusão:** Na percepção dos participantes, a pandemia reforçou a falta de acesso à metodologia anticoncepcional.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Planejamento Familiar; Medicina Concierge; Pessoal de Saúde; COVID 19.



Este manuscrito está publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons, que permite el uso, la distribución y la reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo reciba la correcta citación.

Recibido en: 03/05/2023
Aceptado en: 06/12/2024

ABSTRACT

Objective: To understand, from the perspective of indigenous and non-indigenous adolescent mothers, the changes brought about by the COVID-19 pandemic in access to contraceptive methods. **Method:** Qualitative narrative biographical study carried out in 2020-2022, which included indigenous and non-indigenous adolescent women from the middle region of San Luis Potosí, Mexico. Through purposeful sampling, fifteen adolescents, who before the pandemic had already been mothers and were using some contraceptive methods, were invited to participate and interviewed individually. The audio-recorded interviews were transcribed and analyzed using the proposal of critical discourse analysis. The study was approved and supervised by the Ethics Committee of the Health Services of the State of San Luis Potosí (registration SLP-027-2021). **Results:** The information addressed the phenomenon in two historical dimensions, before and during the pandemic. We identified that before the pandemic, there was already a gap in access, mainly due to the absence of an adult-centric, sexist, and intercultural approach. During the pandemic, this lack of access was reinforced. The most vulnerable were Indigenous adolescents because, in addition to being transferred to distant centers, they felt more vulnerable due to the delay in receiving care or the denial of services. **Conclusion:** In the participants' perception, the pandemic reinforced the lack of access to contraceptive methods.

Descriptors: Teenage Pregnancy, Family Planning, Concierge Medicine, Healthcare Personnel, COVID 19.

INTRODUCCIÓN

La contingencia epidemiológica por COVID 19 adecuó la respuesta sanitaria, centrando los esfuerzos en la atención de la enfermedad infecciosa y desfavoreciendo la continuidad de los programas preventivos y de promoción de la salud⁽¹⁾, lo que afectó particularmente a los grupos poblacionales históricamente más vulnerados, así como a quienes habitan en la marginación y la ruralidad⁽²⁾.

En la mayoría de los países, la pandemia constituyó una amenaza en la continuidad de los servicios ambulatorios, en particular, para aquellos que involucran la atención a la salud sexual y reproductiva. En relación con lo anterior, en los países de bajos y medianos ingresos, llegó a documentarse la existencia de hasta 51 millones de mujeres en situación de inacceso a métodos anticonceptivos, situación principalmente relacionada con el desabasto de dispositivos y hormonales, la discontinuidad en la atención sanitaria⁽¹⁾, así como con la existencia de políticas de distanciamiento social y aislamiento, que disminuyeron el acercamiento de las mujeres a los servicios de salud⁽³⁾.

La situación antes planteada, afectó particularmente a las madres adolescentes, cuyo inacceso a metodología anticonceptiva potenció la probabilidad de cursar un segundo o hasta un tercer embarazo adolescente, con los riesgos que esto implica para el desarrollo de situaciones de morbilidad materna extrema, muerte materna y perinatal⁽⁴⁾.

No puede dejar de problematizarse lo anterior, en el reconocimiento del mal manejo que se hizo en la mayoría de los países del mundo, respecto a que, en la búsqueda de contener el riesgo de infección, se establecieron una serie de medidas contribuyentes al inacceso a métodos anticonceptivos y al embarazo adolescente, entre estas destacan con particular relevancia, la desescolarización de niñas y jóvenes⁽⁵⁾ y la exigencia de permanecer dentro del espacio doméstico, sabiendo que este es un contexto que se ha documentado de riesgo para violencia sexual, y en el que además, no existe educación⁽⁶⁻⁷⁾.

A lo anterior habrá que agregar la configuración del contexto indígena, un espacio en el que los usos y costumbres, la experiencia de la discriminación, la violación de derechos humanos y de violencia contra las mujeres, mantienen elevada la tasa de fecundidad adolescente⁽⁸⁾. Con base en todo lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación fue conocer desde las perspectivas de madres adolescentes indígenas y no indígenas, las modificaciones que trajo la pandemia por COVID 19 en el acceso a metodología anticonceptiva.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque biográfico narrativo, el cual fue elegido, a partir de la consideración de que, mediante la narrativa de la propia experiencia de vida, se elabora una especie de geografía que revela no sólo la experiencia del cuerpo, sino de cómo éste se sitúa y mueve en un territorio específico, es decir, de cómo se habita el cuerpo en contextos particulares⁽⁹⁾.

El escenario del estudio fue San Luis Potosí, en México, incluidas zonas rurales y urbanas del municipio de Rio Verde y Santa Catarina, este último catalogado como municipio indígena con muy alta marginación y rezago social, dado que es habitado por etnia x'íui o pamé⁽¹⁰⁾.

Se invitó a participar a las adolescentes registradas en los servicios de planificación familiar en los centros de salud y hospitales de la zona media. Mediante muestreo propositivo, se invitó a participar de forma intencionada, a quienes hubiesen tenido la experiencia del parto antes de la pandemia, fueran usuarias de un método de planificación familiar

previo a la contingencia y aceptaran participar de forma voluntaria e informada en el estudio. No se contemplaron criterios de exclusión dada la propia naturaleza del fenómeno de estudio y del paradigma de aproximación.

La información se obtuvo mediante entrevistas individuales conducidas a partir de un guión de entrevista semiestructurada, la cual abordaba los siguientes tres apartados: en el primero se recuperaron datos personales, en el segundo, las perspectivas de los servicios de salud sexual y reproductiva antes de la contingencia por COVID 19, y en el tercero lo mismo pero durante la contingencia sanitaria. No se identificaron dificultades en la ejecución de las entrevistas, resaltando que las madres adolescentes indígenas pertenecen a comunidades bilingües incluyendo el pame y castellano. Las entrevistas fueron realizadas por quien figura como primera autora, dentro de los domicilios particulares de las participantes y con una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos. En la mayor parte de los casos las preguntas de la entrevista se agotaron en un solo encuentro.

Para el análisis de la información se recurrió a la propuesta del análisis crítico del discurso, el cual centra la atención en entender la estructura y dinámica de los problemas sociales a través del discurso. Permite esbozar los problemas sociales entrelazando los significados “ideacionales”, “interpersonales” y “textuales”; rastrear la representación y la significación del mundo, y de la experiencia, pero no en independencia de las identidades de las sujetas, y de las relaciones de poder/opresión que prevalecen en los contextos en que se desenvuelven⁽¹¹⁾.

El estudio se consideró de riesgo mínimo y una vez que se trabajó con adolescentes, se elaboró y aplicó un consentimiento informado que fue firmado por las madres de las adolescentes y se levantó el asentamiento informado de las propias adolescentes, garantizando en todo momento su libertad de salir del estudio en el momento que así lo decidieran, así como el anonimato y la confidencialidad de la información. El estudio fue analizado en su rigor metodológico por el Comité de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, obteniendo el registro GXI-11-2021, y en sus garantías ética por el Comité de Ética de Investigación en Salud de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, bajo el registro SLP-027-2021.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron del estudio 15 madres adolescentes de las cuales seis eran indígenas pertenecientes a la Etnia *xí'úi* y nueve no indígenas.

Entre las *no indígenas* la media de edad fue de 17 años, el 55.5% (n=5) refirió contar con la secundaria incompleta y el 22.2% (n=2) está realizando estudios a nivel medio superior. El 77.7% (n=7) vivía en unión libre y el 22.2% (n=2) era casada, el 33.3% (n=3) cohabitaba con su pareja, hijo (a) y suegros, mientras que el otro 44.4% (n=3) habitaba con su familia filial e hijo (a), y solo el 22.2% (n=2) con su pareja e hijos(as). En cuanto a su estado civil, el 77.7% (n=7) vivía en unión libre y el 22.2% (n=2) era casada.

Las *adolescentes indígenas* tenían una media de edad de 18 años, el 83.3% (n=5) tenía secundaria incompleta y el 83.3% (n=5) vivía en matrimonio, cohabitando en el mismo porcentaje con su pareja e hijo (a) y familia filial.

Como puede observarse, las indígenas presentaban mayores desventajas estructurales, particularmente en lo que respecta al acceso y permanencia a espacios escolarizados, una situación que se ha identificado contribuyente al embarazo adolescente y en particular al embarazo subsecuente⁽¹²⁾. Otro factor que se potencia en las mujeres indígenas y que también se ha señalado contribuyente con el embarazo subsecuente, es el matrimonio y la cohabitación con sus parejas⁽¹³⁾.

Las *no indígenas* vivieron la experiencia de su primer embarazo con una media de 16 años, en tanto, el 77.7% (n=7) era primigesta, el 22.2% (2) multigesta, el 66.6% (6) había resuelto su último parto por vía vaginal y el 33.3% (3) mediante cesárea. El 44.4% (4) mencionó haber aceptado el implante de Levonorgestrel, el 33.3% (3) dijo haber comenzado en el posparto el uso de Anticonceptivos Hormonales Combinados Inyectables (ACI), y el 22.2% (2) haber aceptado la colocación del DIU Hormonal.

Las *indígenas* vivieron la experiencia de su primer embarazo con una media de 16.5 años. La totalidad había presentado únicamente un embarazo, el 66.6% (4) tuvo una resolución del parto a través de cesárea y el 100% (6) utilizó como Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) el implante de Levonorgestrel.

Como puede darse cuenta, si bien no se identificaron diferencias significativas en las edades del curso del primer embarazo, si hubo diferencias respecto a las condiciones de atención del parto, el uso de métodos de anticoncepción y en la incidencia de embarazos subsecuentes. La incidencia de embarazo subsecuente fue mayor entre las urbanas que en las indígenas, lo que se contrapone con lo que se ha enunciado de manera general en el tema, donde se señala que son las mujeres indígenas quienes enfrentan mayores condiciones para esta experiencia, principalmente asociado con un menor nivel de escolaridad y la práctica del matrimonio temprano.⁽¹⁴⁾

Otra diferencia evidente tiene relación con la forma de resolución de los partos y el apego al APEO, siendo evidente un mayor control sobre las mujeres indígenas que sobre las urbanas, en las primeras a través de la clara medicalización del parto y el uso de un solo tipo de dispositivo para la anticoncepción. En este sentido, es importante preguntarnos si esto representa un avance en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, o más bien, obedece a una mayor opresión sobre cuerpos que se conocen además de femeninos, racializados y jóvenes; ejes que se han señalado protagónicos en la estratificación obstétrica interseccional que sostiene la vulneración histórica de los derechos sexuales y reproductivos, y poco más específicamente, de la violencia obstétrica⁽¹⁵⁾.

Si bien sería irresponsable negar las ventajas del APEO en la ocurrencia de periodos obstétricos más largos, es evidente que esto también se traduce en dejar de ofertar otras opciones a las madres adolescentes indígenas, lo que coincide con los hallazgos de otro estudio que ha reportado que el mayor uso Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) se da en mujeres con condiciones de desventaja social estructurales, tales como no estar escolarizadas, vivir dentro de relaciones conyugales y en condiciones de pobreza⁽¹⁶⁾, lo que no puede dejar de considerarse un importante avance sanitario, cuando apenas la década pasada se afirmaba que las mujeres indígenas enfrentaban desigualdades persistentes en cuanto a la oferta, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva⁽¹⁷⁾.

En el contexto antes planteado es preciso problematizar, desde una perspectiva decolonizante, que el uso de los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) en mujeres indígenas se inscribe dentro de contextos sociales en los que se ha documentado diferentes tipos de violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, los cuales van desde la negativa de sus compañeros a participar corresponsablemente en la anticoncepción, hasta ser sujetas de actos de violencia sexual⁽¹⁸⁾. Habrá que considerar, además, que se ha documentado que el uso de ARAP en esta población se configura como resultado de prácticas de violencia obstétrica sostenidos en imaginarios que conciben los cuerpos de las mujeres jóvenes e indígenas, dignos de disciplinamiento y sometimiento, donde se les infantiliza y no se les reconoce sujetas de derechos⁽¹⁹⁾.

A continuación, se presentan de manera esquemática las categorías estructuradas de acuerdo con los resultados encontrados, posteriormente se agrega la descripción de cada una de las mismas.

Dimensión 1. Previo a la contingencia

Categoría 1. “No venían, tenían mucho trabajo”

Previo a la contingencia no existía una percepción de cercanía con los servicios de salud. Las razones que se identificaron contribuyentes a esto, incluye desde una percepción de poco interés en ellas como grupo poblacional, hasta demasiado “trabajo de oficina” para el personal sanitario dentro de los centros de atención primaria.

“No sé, es que no es que antes vinieran con nosotras acá ... la enfermera a veces si viene para acá pero viene a buscar a alguien más, no es así como que venga con todos, con nosotras no...” (Indígena, 18 años)

“Tampoco es que antes de eso anduvieran aquí... como que siempre están ahí encerrados (en el centro de salud), y pues ya cuando empezó [la pandemia] pues menos salían (risas)...” (Indígena, 20 años)

Las narrativas compartidas evidencian como es que no basta la proximidad geográfica cuando se habla de acceso a los servicios de salud. Es pertinente, además, problematizar las políticas y las perspectivas que guían el actuar profesional en el abordaje en la comunidad y los grupos poblacionales a los que se dirigen de forma prioritaria. Se ha documentado que el personal sanitario se dirige a las madres adolescentes con sentimiento de rechazo, frustración y/o desesperanza, o bien, por estos mismos sentimientos, evitan el acercamiento⁽²⁰⁾. Otros autores han aseverado que este alejamiento puede obedecer a que, dada la propia configuración jerárquica que sostiene el modelo médico hegemónico, las relaciones entre el personal sanitario y las madres adolescentes se tornan complicadas, llegando a percibir las relaciones como “intrusivas, dominantes e incluso violentas”, lo que hace menos deseable el acercamiento⁽²¹⁾.

La propia naturaleza del modelo médico hegemónico representa una limitante para el diálogo intercultural que es necesario generar para dar cuenta de que los procesos de salud-enfermedad-atención-ciudadano⁽²²⁾ se construyen desde la cotidianidad, en espacios que es necesario conocer a través del trabajo comunitario.

Categoría 2. “Dicen que la interesada es una y cuando voy no me dicen”

La vinculación de las adolescentes con la planificación familiar, previo a la pandemia, era forzada por los imaginarios que prevalecen en sus contextos, respecto a que la responsabilidad de “cuidarse” es de las mujeres, con poco o incluso nulo abordaje a los hombres. Esto fue más narrado por las mujeres indígenas.

“La enfermera dijo que tenía que cuidarme para que pudiera cuidar a mi bebé... hablé con él [su pareja], porque la enfermera dijo que a veces los [anticonceptivos] que tienen hormonas hacen daño, pensé que mi señor diría que usaba el condón, pero al final, no, él dijo que a él no le habían dicho” (No indígena, 17 años)

“Cuando iba al centro le decían a mi suegra que debía cuidarme porque había muchos riesgos, una vez que estábamos lavando le pregunté que, si a fuerzas tenía que usar y solo me dijo que sí, que yo debía cuidarme...” (Indígena, 19 años)

“Todos me decían que, porque no usé algo, que viera usado algo pa no tener, que ahí en la entrada del centro luego ponen una cajita con condones, mi apá si me dijo que eso me tocaba a mí.” (Indígena, 17 años)

La capacidad biológica de gestar se constituye en una responsabilidad socialmente descargada en las mujeres. En términos de Foucault, la reproducción se biopolitiza, en tanto se reconoce que en las mujeres está la posibilidad de continuidad de la vida y la subsistencia de la comunidad, también en sus cuerpos radica la posibilidad de muerte y despoblación, pero particularmente, en el maternaje radica la base de la perpetuación del patriarcado, la homologación de la mujer con la madre prescribe el orden social desigual entre mujeres y hombres⁽²³⁾. La biopolítica que se ejerce sobre la reproducción tiene cara de mujer de manera prácticamente absolutista, porque en el contexto patriarcal, los cuerpos se sexualizan de forma diferenciada, los cuerpos de los varones pensados desde el imaginario machista no tienen la misma potencialidad de ser intervenidos, porque se conoce y respeta el hecho de que la hombría se refuerza con la capacidad de embarazarse a sus compañeras⁽²⁴⁾.

Las participantes, narraron además, la insistencia del personal por convencerlas de que la responsabilidad de incorporar un método para planificar era absolutamente de ellas, y no era función de los servicios de salud de buscarlas para hacerles llegar la información y mostrarles las opciones para llevarlo a cabo, pero no solo eso, algunas de las participantes dijeron haberse percibido maltratadas durante la atención, describiendo que les fue dada poca o nula información o que se mostró poco interés del personal sanitario al atenderles:

“Le digo si uno no va ellos no vienen, a veces si dicen que el interesado es uno y que ya sabemos dónde encontrarlos” (Indígena, 20 años)

“Yo ni voy, es que como que no le quieren a uno, todo como que lo hacen al ahí se va, luego una pregunta pero te contestan como que una no sabe, no entiende, son bien feas” (No indígena, 18 años)

“Yo quería que me explicarían porque hasta me puse a investigar que era mejor y todo. La gine ni me contestaba mis preguntas” (No indígena, 17 años)

“No me gusta cómo atienden, está bien que estoy chica, pero si me he puesto a investigar y como que aquí nadie te quiere explicar nada” (No indígena, 17 años)

Las percepciones que las participantes comparten coinciden con los que otros estudios han señalado, respecto a ausencias en el trato amigable de este sector, omisiones en la información, e incluso maltrato por parte del personal sanitario^(25,26). Finalmente, este grupo poblacional enfrenta condiciones que se traslapan para potenciar su vulnerabilidad, no solo viven en condición de pobreza, dependencia y/o poseen bajos niveles educativos, sino que además, para acceder a la salud, deben hacerlo a programas pensados desde las necesidades de las personas adultas, desde un paradigma adultocéntrico, en el cual no sólo se invisibilizan sus condiciones particulares sino que incluso llega a revictimizarles, por pretender exigirles comportamientos y procesos psicosociales propios de la adultez⁽²⁷⁾.

Otras mujeres urbanas, interpretan esta falta de interés relacionada con el hecho de que ya tuvieron un hijo, y que ahora toda la atención se centra en sus bebés.

“Ya no me dicen nada a mí, como que ya todo es de mi bebé, me dice que darle de comer, como bañarlo, lo de las vacunas” (No indígena, 17 años)

“He ido varias veces aquí al centro de salud, a las vacunas de mi niña, pero a mí ya no me han dicho que tenga que volver a ir para algo, es que tengo el del brazo y según ya no es necesario que vaya” (No indígena, 18 años)

Las jóvenes perciben que dejan de ser consideradas como adolescentes, una vez que nacieron sus hijos, entonces sus necesidades de salud particulares pasan a un segundo término, de alguna manera, dejan de ser sujetas de cuidado para reconocerse cuidadoras, de esta manera, las instituciones aportan desde estas acciones a las políticas hegemónicas de la maternidad⁽²⁸⁾.

Dimensión 2. Durante la contingencia

Categoría 1. “Estaba todo muy revuelto, teníamos que ir hasta allá”

En este estudio encontramos que, tal como ha sido señalado por otros autores, la reorganización hospitalaria tuvo impactos desfavorables en el vínculo y la atención de la salud sexual y reproductiva^(29,30). En tanto las adolescentes indígenas enfrentaron la completa negación de los servicios en sus localidades, las urbanas tampoco pudieron acceder fácilmente a los servicios, en ocasiones por la falta de aplicación correcta de protocolos, por la falta de claridad en la reorganización, o bien, por la ausencia de personal sanitario:

“Había muchas restricciones, intenté ponerme la vacuna porque estaba en embarazo, no quisieron porque era menor de edad” (No indígena, 17 años)

“Estaba muy revuelto todo, cerraron el centro, decían que era solo para hacerse la prueba del COVID, ya iba uno a donde le decían que lo iban a atender, y pues allá no sabían nada de uno, siempre tenía que llevar todo y volver a decirles a que iba” (No indígena, 18 años)

“Yo tengo el del brazo y me tocaba revisión, pero ya estaba fuerte lo del virus, nos decían que aquí en el centro de salud no atendían, que era para puros enfermos y nos tocaba irnos hasta Cárdenas...” (Indígena, 17 años)

“El centro de aquí dejó de funcionar, nos mandaban hasta Cárdenas, eran sus dos horas de camino y luego esperar a que lo atiendan” (Indígena, 19 años)

Si bien podría parecer que la reorganización afectó por igual a los centros urbanos que a los rurales, es importante que aunque todas se enfrentaron a una menor disponibilidad de los servicios, las indígenas, además, tuvieron menor accesibilidad a los mismos, dada la lejanía de los centros a los que fueron reasignadas, la ausencia de un buen sistema de transporte o de condiciones económicas para acceder al mismo, es decir, nuevamente vemos el peso de las condiciones estructurales en la ruralidad, las personas indígenas no se acercan a los servicios de salud siempre por una cuestión de aceptabilidad, sino fundamentalmente, por una mayor dificultad para trasladarse ante estos, dadas condiciones de exclusión y discriminación sistémicas por parte del Estado⁽³¹⁾. Desde los servicios de salud no se transversalizó la perspectiva intercultural en la reorganización de los servicios, tampoco en como esto reforzarían las desigualdades poblacionales, lo que confirma el postulado de que el Estado reproduce la existencia de un racismo institucional que excluye y violenta a las comunidades indígenas⁽³²⁾.

Aunado a lo anterior, las narrativas de las participantes evidenciaron que la reorganización del sistema de salud y la reasignación de los recursos, incitó a la disminución de la atención, no por la falta de personal en las unidades, sino más bien por la ausencia de insumos:

“Sí batallamos, ya no nos atendían, decían que no era porque no nos quisieran atender si no que le habían quitado todo lo que había aquí en el centro de salud” (Indígena, 19 años)

“Si nos atendían, pero se tardaban y a veces no tenían lo que nos tocaba” (Indígena, 19 años)

Desde el imaginario biomédico, se pensó la respuesta a la pandemia desde la enfermedad y no desde la salud, desde lo individual y no de lo colectivo⁽³³⁾, contribuyendo con esto a la radicalización de las desigualdades e inequidades por género, etnia y clases sociales, frente a un Estado que, de por sí alejado de la sociedad, se movió como un aparato burocrático que reforzó la desatención y la justificó, desapropiando del derecho a la salud a las más vulnerables.

Por otro lado, el tenor en que se dio la reorganización de los servicios de salud, evidenció la devaluación que se da desde el Estado y las instituciones al trabajo reproductivo, ya que no solo no se problematizó quien sostendría la vida dentro de los domicilios en el marco de las políticas de distanciamiento social, sino que, la reproducción misma no se consideró un asunto prioritario⁽³⁴⁾.

Categoría 2. Visibilidad de liderazgos y acuerdos interculturales

El alejamiento de los servicios de planificación familiar afectó de forma diferenciada a las indígenas y las urbanas, lo que estuvo influenciado por las propias dinámicas de organización comunitaria previas a la pandemia. Las participantes indígenas, mencionaron la existencia de lideresas comunitarias que les apoyaron para acceder a recursos en salud.

Chabela es una mujer Xi'úi que acompaña, orienta y guía a la comunidad en cuestiones que tienen que ver con sus necesidades de vínculo con los servicios de salud. Aunque no hace parte de las promotoras de salud locales, es quien “checa” a las mujeres durante el embarazo y las acerca a la Unidad Médica Rural para el seguimiento prenatal y la atención del parto. La participación de actoras locales en el vínculo con los servicios sanitarios ha

sido documentada por otros autores y coincidimos con ellos en el hecho de que, finalmente si bien el papel de estas actoras es fundamental para sus comunidades, la forma en que se relacionan con ellas los sistemas de salud replican la subordinación histórica del modelo médico hegemónico sobre los saberes tradicionales⁽³⁵⁾. Así puede leerse en las siguientes narrativas:

“Cuando supe que pues estaba con panza, mi suegra me llevo con Chabela primero...ella me revisó y todo, ella nos dijo que teníamos que ir al centro que porque allá también nos tienen que revisar, nos dijo como llegar y que nos iban a revisar” (Indígena, 19 años)

“...Es difícil que venganos pa acá [refiriéndose a la unidad de salud] primero buscan a Chabela ya ella las manda, luego se tardan en venir, pero luego Chayo no las recibe si no han venido a que las vea Lupita, así es como funciona” (Indígena, 17 años)

En este contexto y, sin embargo, el papel que hace Chabela es fundamental para el acceso a los servicios sanitarios, les resulta más sencillo comunicarse con ella que con el personal de salud, ella es más cercana en términos culturales y también geográficos.

“Ella nos dice que si hay métodos para cuidarnos y no salir con panza [embarazada], pero que eran allá en el de San Pedro, que allá nos daban, pero que si no le dijéramos, ella nos los conseguía porque pues ya ve que luego a una le da mucha pena” (Indígena, 19 años)

“Vamos con ella para no tener que caminar hasta allá [Unidad de salud de San Pedro] pues sí se lleva un rato, ella aquí está luego, luego en la bajada y pues queda de paso para todos así que pues ella ya es la que nos ayuda a parte conoce muy bien” (Indígena, 19 años)

“Si, es que siempre [la enfermera] le dice todo [a Chabela] y así como que muy fácil y muy rápido ella le entiende, ella [Chabela] me ayudó a decidir ... Lupita [la enfermera] cuando me tocaba revisión dejaba que entrara mi mamá o mi suegra y ya así pues ya las dos sabían y me decían que era mejor” (Indígena, 17 años)

Los ejercicios de feminismo indígena han comenzado a visibilizarse con fuerza en la última década, no porque antes no existiera, sino porque antes nos costaba trabajo entender los feminismos desde la reproducción de una mirada occidentalizada y colonizadora. Ahora con los aportes de los feminismos indígenas, podemos dar cuenta que las relaciones de apoyo entre mujeres y que este apoyo se funda en una consciencia no sólo de género, sino también de etnia y clase, para ellas la lucha no es solo tener lo que tienen los hombres porque se enfrentan a otras condiciones de desventaja igual de importantes o más que el género, a discriminación de clase y etnia⁽³⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Se documentó que previo a la pandemia ya existía un rezago en el acceso a metodología anticonceptiva, sin embargo, esto se reforzó durante la pandemia, siendo las indígenas las más vulneradas. Los resultados de la presente investigación deben obligarnos a replantear las estrategias de políticas en salud que se impulsan desde el Estado, y, sobre todo, guiar nuestro actuar en el sentido de priorizar la intervención de promoción y educación en salud en los grupos que enfrentan peores condiciones estructurales. Debemos asumir por otra parte, que una de nuestras funciones profesionales más importantes e ineludibles, es la de proteger y garantizar en todo momento, y particularmente en momentos de crisis, el respeto a los derechos humanos, particularmente el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Os autores manifiestan que no existen conflictos de interés en la realización de esta investigación.

CONTRIBUIDO

Diana Laura Ramos Patiño y **Yesica Yolanda Rangel-Flores** contribuido a concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis y interpretación de los datos, borrador del artículo y revisión crítica del contenido intelectual.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

No hay financiación.

REFERENCIAS

1. Jones D, Ariza L, Alonso JP, Durán P, Serpa LA de F, Serruya SJ. Estrategias de servicios de salud en mujeres, recién nacidos/as, niños/as y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en países de las Américas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 14]; 38(12):1-12. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n12/e00120222/>
2. Castro A. Challenges posed by the COVID-19 pandemic in the health of women, children, and adolescents in Latin America and the Caribbean [Internet]. New York: United Nations Development Programme, UNICEF; 2020 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://pancap.org/pc/pcc/media/pancap_document/undp-rblac-CD19-PDS-Number19-UNICEF-Salud-EN.pdf
3. United Nations Population Fund. Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage [Internet]. New York: UNFPA; 2020 [cited 2023 Mar 2]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>
4. Conroy KN, Engelhart TG, Martins Y, Huntington NL, Snyder AF, Coletti KD, et al. The Enigma of Rapid Repeat Pregnancy: a qualitative study of teen mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 19]; 29(3):312-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.003>
5. Mohr R, Carbajal J, Sharma B. The Influence of Educational Attainment on Teenage Pregnancy in Low-Income Countries: A Systematic Literature Review. *J Soc Work (Lond)* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 12]; 4(1):19–31. Available from: 10.5590/JSWGC.2019.04.1.02
6. Venegas M, Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 14]; 21(83):e109-e119. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es. Epub 09-Dic-2019.
7. Pantoja JC, Gomes KC, Canale LMM, Leite MGHSJ, Lima AC de, Bellorio CSMH. Agravamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: uma revisão sistemática de literatura. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2022 [citado 2 fev 2023]; 11 (14):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36316>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C: OPS; 2018. [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF
9. Buitrago L, Arias B. Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 15]; 27(1-2): 62-66. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100013&lng=es.
10. Censo de Población y Vivienda. Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí [Internet]. México: INEGI; 2021 [cited 2023 Mar 15]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825197971>
11. Fairclough N. El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: Las universidades. *Discurso & Sociedad* [Internet]. 2008 [cited 2023 Feb 10]; 2(1):170-185. Available from: <http://www.dissoc.org/ediciones/v02n01/DS2%281%29Fairclough.pdf>
12. Morales C, Saénz N, Manjarres N, Luna C, Barbosa R. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 25]; 30(1):14-20. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378894>
13. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos ET Neto. Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 [citado 13 mar 2022];27(08):3261-3271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.00292022>
14. Luna J, Nazar A, Mariaca R, Ramírez D. Matrimonio forzado y embarazo adolescente en indígenas

- en Amatenango del Valle, Chiapas. Una mirada desde las relaciones de género y el cambio reproductivo. *Papeles de población* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 12]; 26(106):35-73. Available from: <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.30>
15. Brigidi S. Estratificación obstétrica interseccional. *Revista D'Antropologia i Investigació Social. Revista [CON]TEXTOS* [Internet]. 2022 [cited 2023 Abr 2];(10): 93-113. Available from: <https://doi.org/10.1344/test.2022.10.93-113>
 16. Villalobos A, Ávila- Burgos L, Hubert C, Suárez- López L, de la Vara- Salazar E, Hernández-Serrato MI, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 11]; 62(6): 648-660. Available from: <https://doi.org/10.21149/11519>
 17. García B, Castro R, Martínez C. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. *Estud Demogr Urbanos Colmex* [Internet]. 2021[cited 2023 Feb 07];26(1):195-213. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v26n1/2448-6515-educm-26e-01-195.pdf>
 18. Juárez M, Raesfeld L, Durán RE. Diagnóstico interseccional de violencia hacia mujeres indígenas. *Rev. Estud. Fem.* [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 21];29(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n163207>
 19. Castro R, Erviti J. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos.* México: Universidad Autónoma de México; 2015.
 20. Denno D, Hoppes A, Chandra V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 21];56(1):22-41. Available from: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
 21. Mora G, Escárte L, Espinoza C, Peña A. Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Prospectiva* [Internet] 2021 [cited 2023 Feb 21];(32):151-171. Available from: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.10785>
 22. Camejo L, Fernández D, Valdés I. El diálogo intercultural y la formación de médicos en la Escuela Latinoamericana de Medicina. *Rev Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 15]; 15(1):47-54. Available from: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1035>
 23. Jaureguiberry XS, Farré JB. Biopolítica, subjetividad y derechos. Una mirada sociohistórica sobre el aborto. *ConCienciaSocial, Revista digital de Trabajo Social* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 11]; 4(7): 181-195. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30755>
 24. Díaz-Rojas D-I, Guerrero-Parra N-C, Robles-Carreño M-I, Rodríguez-Medina J, Lafaurie-Villamil M-M. Hombres, salud sexual y reproductiva: avances de la investigación reciente en América Latina. *Rev. Col. Enf.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 21];19 (2):1-25. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1291191?src=similardocs>
 25. Jesús-Reyes D de, González-Almontes E. Acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México. *Papeles de Poblac.* [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 22]; 28 (112):199-223. Available from: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/14884>
 26. Pastrana-Sámano R, Heredia-Pi IB, Olvera-García M, Ibáñez-Cuevas M, De Castro F, Hernández AV, et al. Servicios Amigables para adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios simulados. *Rev. Saude Publica.* [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 12];54: 1-12. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001812>
 27. Tejada A. Vulnerabilidad a la pobreza y juventud: Entre la desprotección y el adultocentrismo. *Gestión y política pública* [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12];31(1):127-158. Available from: <http://dx.doi.org/10.29265/gypp.v31i1.1015>
 28. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
 29. Damián B. La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19 en el Perú. *Rev. méd. basadrina* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 21];14(1): 56–58. Available from: <https://doi.org/10.33326/2>

6176068.2020.1.928

30. Maceira D, Olaviaga S, Iñarra V. La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID19 en la Argentina [Internet]. Buenos Aires: Fundar; 2021 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/Fundar-La-reorganizacion-de-los-servicios-de-salud.pdf>
31. Pelcastre B, Meneses S, Sánchez M, Meléndez D, Freyermuth G. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud pública Mex* [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 04]; 62(6):810-819. Available from: <https://doi.org/10.21149/11861>
32. Cortez R, Muñoz R, Ponce P. Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el Covid-19. *Boletín sobre Covid-19. Salud Pública y Epidemiología* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 13];1(7-8):7-11. Available from: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.18-04-Characterizacion-de-la-epidemia-COVID-19-en-la-poblacion-indigena.pdf>
33. Basile G. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Cienc. Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 22];25(19):3557-3562. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20952020>
34. Zanello V, Antogla C, Pfeiffer E, Richwin I. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta [Internet]. *Rev Estud Fem*. 2022 [citado 17 Jan 2023];30(2): 1-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286991>
35. Vega A. Identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 1];13(3): 489-505. Available from: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>
36. Paredes J. Hilando fino desde el feminismo comunitario. México: Comunidad mujeres creando comunidad-El rebozo; 2014.

Primer autor y dirección de correspondencia

Diana Laura Ramos Patño
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Licenciatura de Enfermería. Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media
Av. Salvador Nava Martínez, 382
Zona Universitaria
Código postal: 78290 / San Luis Potosí (SLP) México
E-mail: diana.ramos.p@outlook.es

Como citar: Patño DLR, Flores YJR. Percepciones de madres adolescentes, sobre el acceso anticonceptivo durante la pandemia por COVID 19. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2024;37:e14446. <https://doi.org/10.5020/18061230.2024.14446>
