



<https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10981>

Nivel de cuidado respetuoso a la paciente embarazada durante la COVID-19

The level of respectful care for pregnant patients during the pandemic COVID-19.

Loreto Beatriz Pantoja Manzanarez,^{1,2,3} Antonia Josefina Ruiz Albornoz,¹ Anahís Antonia Guillén Díaz,¹ Lorena Mercedes Binfa Esfir,^{1,2,3,4} Gabriel Cavada Chacón,^{5,6} Rayen Victoria Vivero Sun^{1,3}

Resumen

OBJETIVO: Identificar el nivel de cuidado respetuoso a la paciente embarazada durante la pandemia de COVID-19 en Chile (2020-2021).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, analítico, efectuado en mujeres encuestadas, por vía electrónica, durante el 2021. *Criterios de inclusión:* mujeres de 18 o más años, con finalización del embarazo entre abril del 2020 y diciembre del 2021, en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Criterios de exclusión:* ser analfabeta o no hablar el idioma español. Se aplicó el instrumento "Mothers on Respect Index (MORi)", que evalúa la relación profesional de salud-gestante, el acceso a la atención centrada en la persona y su repercusión.

RESULTADOS: Se incluyeron 752 mujeres entre quienes destacaron las jóvenes, habitantes en la región metropolitana de Santiago de Chile. En su mayoría se trató de multiparas con parto. Un 90.4% no estaba contagiada por el virus SARS-CoV-2 en el momento del parto. Las mujeres que obtuvieron menores puntajes en la escala MORi fueron las que finalizaron el embarazo en un hospital público, quienes percibían menores ingresos económicos, quienes no pudieron estar acompañadas durante el trabajo de parto y a la hora de parir, y que no pudieron dar lactancia materna durante la primera hora de vida.

CONCLUSIÓN: Durante la pandemia de COVID-19 se implementaron intervenciones no basadas en la evidencia, lo que afectó los derechos de las mujeres y sus hijos. Es necesario generar protocolos adaptados a las necesidades de las mujeres y basados en una atención con enfoque de derechos, con el objetivo de estar preparados para otra urgencia de salud.

PALABRAS CLAVES: Parto; respeto; calidad de la atención de salud; pandemias; COVID-19.

Abstract

OBJECTIVE: This study aims to assess the level of respectful maternal care during pregnancy and childbirth in Chile between 2020 and 2021, within the context of the COVID-19 pandemic.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional, analytical study was conducted in 2021 using an electronic survey administered to women aged 18 and older whose pregnancies concluded between April 2020 and December 2021. Exclusion criteria included illiteracy or inability to speak Spanish. The Mothers' Respect Index (MORi) was employed to evaluate the professional relationship between healthcare providers and pregnant women, the provision of person-centered care, and corresponding outcomes.

RESULTS: The study included 752 participants, predominantly young women residing in the Santiago Metropolitan Region. Most participants were multiparous and had recently given birth. At the time of delivery, 90.4% had not contracted SARS-CoV-2. Lower MORi scores were observed among women who delivered in public hospitals,

¹ Matrona, Universidad de Chile. Santiago, Chile

² Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile

³ Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile

⁴ PhD en Ciencias Médicas, Instituto Karolinska. Estocolmo, Suecia

⁵ Bioestadístico, MS, PhD en Salud Pública Universidad de Barcelona. Barcelona, España

⁶ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-9294-6228>

<https://orcid.org/0009-0000-3167-3775>

<https://orcid.org/0009-0001-0567-3648>

<https://orcid.org/0000-0002-2336-3379>

<https://orcid.org/0000-0002-3558-0266>

<https://orcid.org/0000-0003-2419-6688>

Recibido: octubre 2025

Aceptado: noviembre 2025

Correspondencia

Loreto Pantoja Manzanarez
lpantoja@uchile.cl

Este artículo debe citarse como:

Pantoja-Manzanarez LB, Ruiz-Albornoz AJ, Guillén-Díaz AA, Binfa-Esfir LM, Cavada-Chacón G, Vivero-Sun RV. Nivel de cuidado respetuoso a la paciente embarazada durante la COVID-19. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e423.

had lower income levels, were unable to have a companion during labor and delivery, and could not initiate breastfeeding within the first hour postpartum.

CONCLUSION: Non-evidence-based interventions enacted during the pandemic negatively affected the rights of women and children. To better prepare for future health emergencies, the development of care protocols grounded in a rights-based approach and tailored to women's individual needs is recommended.

KEYWORDS: Childbirth; Respect; Quality of Health Care; Pandemics; COVID-19.

Este trabajo fue presentado en el “Primer Congreso de la Red de Humanización en Salud, Chile”, el 8 de septiembre 2023 en la ciudad de Temuco, Chile.

ANTECEDENTES

La “humanización” en la atención de la salud y la asistencia en el proceso reproductivo se basa en el concepto de las personas como usuarias, en vez de pacientes.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) consideran la calidad en la atención como un componente del derecho a la salud, centrándose en las necesidades individuales de las personas, el respeto y su dignidad.^{2,3}

El enfoque y la evaluación del cuidado no deben centrarse solo en la dimensión física, pues la relación entre la mujer y la persona que acompaña en el parto tiene una fuerte influencia en su experiencia.⁴ Sin embargo, la mecanización del cuerpo humano ve a la gestación y al parto como un proceso patológico, con un aumento de las intervenciones médicas.⁵

La OMS, en el 2018, propuso 56 recomendaciones para una experiencia positiva del parto entre las que destaca la importancia de la atención centrada en la mujer basada en los derechos humanos.⁶ Una calidad de atención adecuada refleja el grado de congruencia entre lo que la mujer espera y su percepción de la asistencia recibida,⁷ además de incluir información para la toma de decisiones, lo que contribuirá a una experiencia positiva para las mujeres.⁸ Por lo tanto, un indicador de calidad de la atención en salud es la satisfacción percibida por las mujeres durante su trabajo de parto.⁹ El índice Mothers on Respect (MORi), que evalúa la interacción respetuosa entre la mujer y la persona que otorga el cuidado de salud, su trascendencia en la sensación de comodidad, autonomía, comportamiento y percepción de discriminación, permitirá mejorar la calidad del modelo de atención, proteger a la mujer contra tratos inhumanos y preservar sus derechos.¹⁰

El año 2020, el mundo tuvo que enfrentar la pandemia del virus SARS-CoV-2, donde los sistemas de salud se centraron en el distanciamiento social y en evitar la atención a la salud no urgente y no relacionada con la COVID-19.¹¹ En ese contexto, el equipo obstétrico debió



prevenir la propagación de la infección, ofrecer una atención de partería necesaria y satisfacer las necesidades de las mujeres, enfrentándose a una sobrecarga práctica y emocional.¹² A pesar de que la evidencia demuestra que la pandemia tuvo una repercusión importante en la calidad de la atención del embarazo y el parto,¹³ y que medir la calidad que tenían los servicios en ese momento de profunda crisis no era prioridad, es importante visibilizar la vulneración de los derechos de las mujeres, que se vieron afectados debido a la pandemia, para mejorar la calidad de la atención en salud, independientemente del contexto de salud mundial.

En Chile, Latinoamérica y el Caribe, la pandemia generó un reordenamiento del sistema de salud, priorizando las atenciones por COVID-19 o de extrema urgencia y disminuyendo las atenciones en salud sexual y reproductiva.^{14,15,16}

Se hizo hincapié en que cualquier uso de la pandemia para institucionalizar prácticas dañinas en la atención a la salud materna debería considerarse una violación a los derechos humanos de las mujeres y una discriminación estructural de género.¹¹ Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: identificar el nivel de cuidado respetuoso a la paciente embarazada durante la pandemia de COVID-19 en Chile (2020-2021).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, analítico, efectuado en mujeres encuestadas, por vía electrónica, durante el 2021. *Criterios de inclusión:* mujeres de 18 o más años, con finalización del embarazo entre abril del 2020 y diciembre del 2021, en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Criterios de exclusión:* ser analfabeta o no hablar el idioma español.

Se determinó un tamaño de muestra de al menos 385 mujeres. Se utilizó el criterio de máxima variabilidad para un nivel de confianza del

95%, con un error del 5% y considerando una proporción desconocida. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se invitó a las mujeres, por medio de un cartel y un enlace en redes sociales (Instagram, Facebook y WhatsApp) a contestar una encuesta en línea elaborada en Google Forms con preguntas de opción múltiple. Se aplicó un instrumento que consideró variables sociodemográficas maternas y acciones asociadas con el parto. Además, la escala MORi, integrada con 14 aseveraciones a las que se les asigna un puntaje del 1 al 6, divididas en tres secciones que dan un puntaje máximo posible de 84 puntos. El puntaje total obtenido clasifica a las mujeres en cuatro niveles: respeto muy bajo, respeto bajo, respeto moderado y respeto alto.¹⁰

Los datos obtenidos se tabularon en una hoja de Excel. Para el análisis univariado de las variables cuantitativas se calculó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de variabilidad; mientras que para el análisis de variables cualitativas se calcularon las frecuencias absoluta y relativa. La asociación entre variables sociodemográficas maternas, obstétricas y del parto con la variable cuidado materno durante este periodo se determinó con la prueba de independencia de χ^2 de Pearson. El análisis se procesó en el programa Stata 13.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, en acta N°188 Proyecto N°256-2020. Cada participante aprobó el consentimiento informado.

RESULTADOS

Se incluyeron 752 mujeres; sus características sociodemográficas están descritas en el **Cuadro 1**. Destacaron las mujeres jóvenes, habitantes en la región metropolitana de Santiago de Chile. Respecto de los antecedentes obstétricos y del parto de las mujeres del estudio, en su mayoría

Cuadro 1. Descripción de las características sociodemográficas de mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19. 2020-2021 (continúa en la siguiente columna)

Variable	
Edad	
Media (DE)	29.5 (5.28)
Min- máx.	18 - 43
Región de residencia	n (%)
Macrozona Norte	55 (7.4)
Macrozona Centro	87 (11.5)
Macrozona Centro Sur	137 (18.3)
Macrozona Sur	86 (11.5)
Macrozona Austral	10 (1.4)
Región Metropolitana de Santiago	377 (50.1)
Nivel socioeconómico	n (%)
AB: ingreso mensual promedio del hogar de \$6.452.000	19 (2.5)
	63 (8.4)
C1a: ingreso mensual promedio del hogar de \$2.739.000	85 (11.3)
	136 (18.1)
C1b: ingreso mensual promedio del hogar de \$1.986.000	130 (17.3)
	139 (18.5)
C2: ingreso mensual promedio del hogar de \$1.360.000	86 (11.4)
	94 (12.5)
C3: ingreso mensual promedio del hogar de \$899.000	
D: ingreso mensual promedio del hogar de \$562.000	
E: ingreso mensual promedio del hogar de \$324.000	
Ingreso mensual promedio del hogar menor de \$324.000	
Estado civil	n (%)
Soltera	119 (15.8)
Conviviente	396 (52.7)
Casada	218 (29.0)
Separada	10 (1.3)
Divorciada	9 (1.2)
Viuda	0 (0.0)
Nivel educacional	n (%)
Educación básica incompleta	1 (0.1)
Educación básica completa	5 (0.7)
Educación media incompleta	21 (2.8)
Educación media completa	100 (13.3)
Educación superior-técnica incompleta	142 (18.9)
Educación superior técnica-completa	377 (50.1)
Estudios de posgrado incompletos	21 (2.8)
Estudios de posgrado completos	85 (11.3)
Estudios de posgrado	n (%)
En Chile	90 (91.8)
Fuera de Chile	8 (8.2)

Cuadro 1. Descripción de las características sociodemográficas de mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19, 2020-2021

Variable	
Etnia/pertenencia a pueblo originario	n (%)
No. a ninguna	674 (89.6)
Atacameña	1 (0.1)
Aymara	5 (0.7)
Coya	3 (0.4)
Mapuche	61 (8.1)
Quechua	1 (0.1)
Otra	7 (0.9)

eran multíparas con parto. Un 90.4% no estaba contagiada por el virus SARS-CoV-2 en el momento del parto. En el **Cuadro 3** se destacan las características del parto conforme a las recomendaciones de la OMS, donde el 79.6% de las mujeres estuvieron acompañadas durante el parto, el 36.9% utilizó medidas no farmacológicas para el alivio del dolor y el 55.6% tuvo libertad de movimiento. **Cuadros 1, 2 y 3**

En la escala MORi se obtuvo un puntaje promedio de 66.6, con mínimo de 17 y máximo de 84 puntos. Un 56.3% de las mujeres declaró que, en el contexto de la pandemia, percibieron un alto nivel de cuidado materno respetuoso durante el parto, mientras que el 43.7% manifestó algún grado de falta de respeto. **Figura 1**

En el **Cuadro 4** se muestra la asociación de las variables estudiadas con las categorías de la escala MORi. Las mujeres que se asociaron con un nivel bajo de cuidado materno respetuoso fueron, principalmente, las que se atendieron en el sistema público de salud y que no recibieron una atención con apego a las recomendaciones de la OMS: acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto, alimentación e hidratación oral, libertad de movimiento, elección de la posición para parir, apego y lactancia materna en la primera hora de vida. Por el contrario, las mujeres que percibieron un mejor nivel de



Cuadro 2. Descripción de antecedentes obstétricos y del parto en pacientes que parieron en Chile durante la pandemia COVID-19, 2020-2021

Variable	n (%)
Paridad	
Primípara	274 (36,4)
Múltipara	478 (63,6)
Finalización del embarazo	
Parto	311 (41,4)
Cesárea programada-electiva	422 (56,1)
Fórceps	19 (2,5)
Semanas de gestación	
Menos de 37	78 (10,4)
Entre 37 y 41	644 (85,6)
Más de 41	30 (4,0)
Lugar de la atención obstétrica	
En un servicio de salud	745 (99,1)
En casa	7 (0,9)
Tipo de servicio de salud	
Público	327 (43,9)
Privado	418 (56,1)
Diagnóstico de COVID-19	
Contagiada	9 (1,2)
No contagiada	680 (0,4)
No contagiada, pero atendida como caso confirmado por contacto estrecho.	5 (0,7)
Sin resultado de examen, atendida como caso confirmado.	48 (6,4)
No lo tengo claro.	10 (1,3)
Profesional que realizó la atención del embarazo	
Médico de la familia	3 (0,4)
Médico (a) o ginecólogo	547 (72,7)
Matrona/partera	196 (26,1)
No aplica, no tuve ni doctora ni doctor	6 (0,8)
Profesional que realizó la atención del parto	
Médico (a) de la familia	3 (0,4)
Ginecoobstetra	537 (71,4)
Matrona/partera	211 (28,1)
No aplica, no tuve ni doctora ni doctor	1 (0,1)

cuidado materno respetuoso fueron las que tuvieron parto, atendidas en el sistema privado donde recibieron una atención acorde con las recomendaciones de la OMS. **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

La pandemia de la COVID-19 en distintos países tuvo repercusiones en la calidad de la atención

Cuadro 3. Descripción de las características del parto según las recomendaciones de la OMS en mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19, 2020-2021

Variable	n (%)
Acompañamiento durante la atención del parto	
Sí	596 (79,6)
No	153 (20,4)
Uso de medidas no farmacológicas	
Sí	253 (36,9)
No	432 (63,1)
Uso de medidas farmacológicas	
Sí	584 (86,5)
No	91 (13,5)
Hidratación oral	
Sí	210 (34,2)
No	404 (65,8)
Hidratación parenteral	
Sí	613 (87)
No	92 (13,1)
Alimentación oral	
Sí	161 (26,1)
No	456 (73,9)
Monitorización fetal intraparto	
Sí	451 (82,5)
No	96 (17,6)
Libertad de movimiento	
Sí	299 (55,6)
No	239 (44,4)
Elección de la posición para parir	
Sí	79 (15,4)
No	434 (84,6)
Episiotomía	
Sí	153 (33,2)
No	308 (66,8)
Apego por más de 30 minutos	
Sí	421 (56,5)
No	324 (43,5)
Lactancia materna durante la primera hora de vida	
Sí	414 (55,5)
No	332 (44,5)

y los derechos de las mujeres, aumentaron las complicaciones maternas y perinatales, la duración de la estancia hospitalaria y la probabilidad de exposición a la infección.¹⁷ En ese contexto, se adoptaron protocolos e intervenciones no basadas en la evidencia científica para la atención del embarazo y el parto,¹³ que se desarrollaron

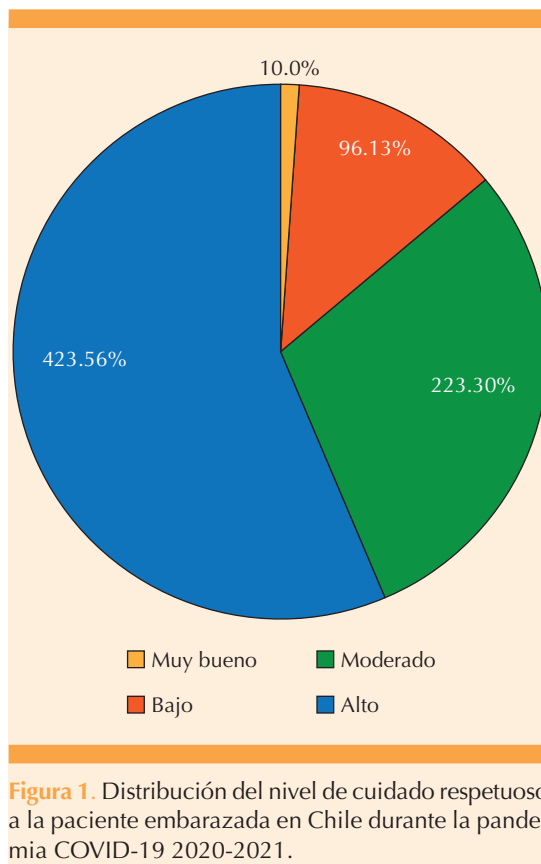


Figura 1. Distribución del nivel de cuidado respetuoso a la paciente embarazada en Chile durante la pandemia COVID-19 2020-2021.

en un clima de incertidumbre, por la variedad de información, generación de protocolos cambiantes para la atención, protocolos de ingreso y alta alterados, lo que evidencia una disminución en los días de hospitalización en el posparto, independiente del tipo de finalización de la gestación.^{18,19} Lo anterior provocó una mayor ansiedad y estrés en las mujeres, consecuencia del aislamiento y miedo al exponerse al asistir presencialmente,²⁰ y los cambios que se realizaron a una modalidad no presencial.²¹ Las mujeres buscaron un cambio de atención de salud durante el embarazo y el parto,¹⁸ se excluyó a la pareja durante el trabajo de parto,²² no se permitió el apego y la lactancia materna temprana y se hicieron inducciones y cesáreas para minimizar el riesgo de infección.¹¹ Esto tuvo repercusiones psicológicas, sentimientos de soledad y angustia

en las mujeres.²³ Estos sentimientos también han sido referidos por acompañantes de apoyo a las mujeres en este período, lo que generó percepciones de una baja en la calidad de la atención en los servicios de maternidad.^{24,25}

Chile posee altas tasas de intervencionismo en el parto, desde antes de la pandemia COVID-19.^{3,26} Este estudio evidenció que durante la pandemia se mantuvo este modelo, donde las mujeres tuvieron una menor probabilidad de recibir hidratación y alimentación por vía oral, de utilizar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, libertad de movimiento y elegir la posición en el momento de la expulsión, alta frecuencia de hidratación parenteral y utilización de monitorización fetal.

Cuando a las mujeres no se les permitió moverse libremente, no se les dio la opción de elegir la posición para parir, no se les dejó hidratarse y alimentarse por vía oral y percibieron un menor nivel de respeto en la atención. Lo anterior está en concordancia con la evidencia que muestra que cuando se limita la autonomía de las mujeres y se practican más intervenciones durante el trabajo de parto y parto se afecta la satisfacción y bienestar de las mujeres.^{27,28,29}

Desde el inicio de la pandemia, la mayor parte de las maternidades públicas en todo Chile retrocedieron en los estándares de atención que habían ido mejorando gradualmente durante la última década.³⁰ En una maternidad en Santiago de Chile, al inicio de la pandemia, se suspendieron por varias semanas los protocolos de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto y de contacto piel a piel, para luego restablecer los estándares de atención para todas las mujeres, incluyendo a las diagnosticadas con COVID-19.³¹

Con estos antecedentes, este estudio muestra que una proporción importante de mujeres evidenció una percepción de nivel de respeto bajo en la



Cuadro 4. Relación de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y del parto y recomendaciones de la OMS con categorías de MORi en mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19 2020-2021 (continúa en la siguiente columna)

Variable	Cuidado materno (MORi) % (n)				P
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	
Nacionalidad					
Chilena	1.1 (8)	12.2 (88)	29.8 (216)	56.8 (411)	0.002
Peruana	0.0 (0)	33.3 (1)	33.3 (1)	33.3 (1)	
Venezolana	5.0 (1)	30.0 (6)	10.0 (2)	55.0 (11)	
Boliviana	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)	0.0 (0)	
Otra	20.0 (1)	20.0 (1)	60.0 (3)	0.0 (0)	
Región de residencia					
Macrozona Norte	0.0 (0)	20.0 (11)	32.73 (18)	47.27 (26)	0.121
Macrozona Centro	0.0 (0)	8.05 (7)	34.48 (30)	57.47 (59)	
Macrozona Centro Sur	2.19 (3)	12.41 (17)	30.66 (42)	54.74 (75)	
Macrozona Sur	3.49 (3)	12.79 (11)	31.40 (27)	52.33 (45)	
Macrozona Austral	10.0 (1)	20.0 (2)	40.0 (4)	30.0 (3)	
Región metropolitana de Santiago	0.8 (3)	12.73 (48)	27.06 (102)	59.42 (224)	
Nivel socioeconómico					
AB	0.0 (0)	5.3 (1)	26.3 (5)	68.4 (13)	0.000
C1a	0.0 (0)	11.1 (7)	14.3 (9)	74.6 (47)	
C1b	1.2 (1)	9.4 (8)	22.4 (19)	67.1 (57)	
C2	0.7 (1)	8.1 (11)	25.0 (34)	66.2 (90)	
C3	0.8 (1)	13.1 (17)	32.3 (42)	53.9 (70)	
D	0.0 (0)	17.3 (24)	32.4 (45)	50.4 (70)	
E	2.3 (2)	16.3 (14)	27.9 (24)	53.5 (46)	
Ingreso mensual promedio del hogar menor a \$324.000	5.3 (5)	14.9 (14)	47.9 (45)	31.9 (30)	
Estado civil					
Soltera	2.5 (3)	12.6 (15)	26.9 (32)	58.0 (69)	0.010
Conviviente	1.3 (5)	13.9 (55)	33.3 (132)	51.5 (204)	
Casada	0.5 (1)	9.6 (21)	24.3 (53)	65.6 (143)	
Separada	0.0 (0)	30.0 (3)	20.0 (2)	50.0 (5)	
Divorciada	11.1 (1)	22.2 (2)	44.4 (4)	22.2 (2)	
Viuda	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	
Nivel de escolaridad					
Educación básica incompleta	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)	0.0 (0)	0.093
Educación básica completa	0.0 (0)	20.0 (1)	20.0 (1)	60.0 (3)	
Educación media incompleta	4.8 (1)	9.5 (2)	28.6(6)	57.1 (12)	
Educación media completa	0.0 (0)	19.0 (19)	38.0 (38)	43.0 (43)	
Educación superior/técnica incompleta	2.1 (3)	16.2 (23)	31.7 (45)	50.0 (71)	
Educación superior/técnica completa	1.1 (4)	10.9 (41)	28.1 (106)	60 (226)	
Estudios de posgrado incompletos	4.8 (1)	19.1 (4)	33.3 (7)	42.9 (9)	
Estudios de posgrado completos	1.2 (1)	7.1 (6)	22.4 (19)	69.4 (59)	
Estudios de posgrado					
En Chile	2.2 (2)	7.8 (7)	24.4 (22)	65.6 (59)	0.390
Fuera de Chile	0.0 (0)	25.0 (2)	12.5 (1)	62.5 (5)	
Etnia/pertenencia a pueblo originario					
No, a ninguna	1.2 (8)	12.5 (84)	29.4 (198)	57 (384)	0.493
Atacameña	0.0 (0)	0.0 (0)	100,0 (1)	0.0 (0)	
Aymara	0.0 (0)	40.0 (2)	0.0 (0)	60.0 (3)	
Coya	0.0 (0)	33.3 (1)	0.0 (0)	66.7 (2)	
Mapuche	3.3 (2)	11.5 (7)	32.8 (20)	52.5 (32)	
Quechua	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)	
Otra	0.0 (0)	28.6 (2)	57.1 (4)	14.3 (1)	

Cuadro 4. Relación de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y del parto y recomendaciones de la OMS con categorías de MORi en mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19 2020-2021 (continúa en la siguiente columna)

Variable	Cuidado materno (MORi) % (n)				p
	Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	
Paridad					
Primípara	1.7 (8)	12.7 (61)	31.4 (150)	54.2 (259)	0.323
Múltipara	0.7 (2)	12.8 (35)	26.6 (73)	59.9 (164)	
Finalización del embarazo					
Parto	1.6 (5)	10.3 (32)	25.4 (79)	62.7 (195)	0.000
Cesárea programada	0.0 (0)	8.2 (17)	30 (62)	61.8 (128)	
Cesárea de urgencia	1.9 (4)	18.7 (40)	37.2 (80)	42.3 (91)	
Fórceps	5.3 (1)	36.8 (7)	10.5 (2)	47.4 (9)	
Semanas de gestación					
Menos de 37	2.6 (2)	19.2 (15)	30.8 (24)	47.4 (37)	0.390
Entre 37 y 41	1.1 (7)	12,0 (77)	29.5 (190)	57.5 (370)	
Más de 41	3.3 (1)	13.3 (4)	30.0 (9)	53.3 (16)	
Lugar de atención					
En un servicio de salud	1.3 (10)	12.8 (95)	29.8 (222)	56.1 (418)	0.811
Parto en casa	0.0 (0)	14.3 (1)	14.3 (1)	71.4 (5)	
Tipo de servicio de salud					
Servicio público (hospitales)	2.8 (9)	20.8 (68)	34.6 (113)	41.9 (137)	0.000
Servicio privado (clínicas)	0.2 (1)	6.5 (27)	26.1 (109)	67.2 (281)	
Diagnóstico COVID-19					
Contagiada	0.0 (0)	55.6 (5)	33.3 (3)	11.1 (1)	0.001
No contagiada	1.2 (8)	12.21(83)	29.1 (198)	57.5 (391)	
No contagiada, pero atendida como caso confirmado por contacto estrecho	20.0 (1)	20.00 (1)	20.0 (1)	40.0 (2)	
Sin resultado de examen, atendida como caso confirmado	2.1 (1)	10.42 (5)	37.5 (18)	50.0 (24)	
No lo tengo claro	0.0 (0)	20.0 (2)	30.0 (3)	50.0 (5)	
Profesional que realizó la atención del embarazo					
Doctor/a de la familia.	0,0 (0)	33,3 (1)	0,0 (0)	66,7 (2)	0.001
Doctor/a Obstetra Ginecólogo/a.	1,3 (7)	9,9 (54)	28,0 (153)	60,9 (333)	
Matrona/partera	1,5 (3)	19,9 (39)	34,2 (67)	44,4 (87)	
No aplica, no tuve un/una doctor/a.	0,0 (0)	33,3 (2)	50,0 (3)	16,7 (1)	
Profesional que realizó la atención del parto					
Doctor/a de la familia.	0.0 (0)	33.3 (1)	33.3 (1)	33.3 (1)	0.314
Doctor/a Obstetra Ginecólogo/a.	1.3 (7)	11.6 (62)	30.7 (165)	56.4 (303)	
Matrona/partera	1.4 (3)	15.2 (32)	27.0 (57)	56.4 (119)	
No aplica, no tuve un/una doctor/a.	0.0 (0)	100.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	
Acompañamiento durante la atención del parto					
Sí	0.7 (4)	9.6 (57)	28.4 (169)	61.4 (366)	0.000
No	3.9 (6)	25.5 (39)	34.6 (53)	36 (55)	
Uso de medidas no farmacológicas					
Sí	0.0 (0)	8.7 (22)	19.8 (50)	71.5 (181)	0.000
No	2.3 (10)	15.1 (65)	35.9 (155)	46.8 (202)	
Uso de medidas farmacológicas					
Sí	1.0 (6)	12.3 (72)	28.4 (166)	58.2 (340)	0.292
No	3.3 (3)	14.3 (13)	29.7 (27)	52.8 (48)	



Cuadro 4. Relación de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y del parto y recomendaciones de la OMS con categorías de MORi en mujeres que tuvieron su parto en Chile durante la pandemia COVID-19 2020-2021

Variable	Cuidado materno (MORi) % (n)				p
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	
Hidratación oral					
Sí	1.0 (2)	9.5 (20)	22.8 (47)	67.1 (141)	0.000
No	2.0 (8)	15.8 (64)	34.7 (140)	47.5 (192)	
Hidratación parenteral					
Sí	1.0 (6)	12.4 (76)	30.3 (186)	56.5 (345)	0.065
No	4.4 (4)	13.0 (12)	25.0 (23)	57.6 (53)	
Alimentación oral					
Sí	1.9 (3)	9.9 (16)	24.2 (39)	64 (103)	0.022
No	1.5 (7)	15.3 (69)	33.1 (151)	50.2 (229)	
Monitorización fetal intraparto					
Sí	1.8 (8)	14.9 (67)	29.1 (131)	54.3 (245)	0.30
No	1.0 (1)	14.6 (14)	38.5 (37)	45.8 (44)	
Libertad de movimiento					
Sí	0.7 (2)	10.7 (32)	25.1 (75)	63.6 (190)	0.000
No	3.4 (8)	19.3 (46)	35.6 (85)	41.8 (100)	
Elección de la posición para parir					
Sí	0.0 (0)	5.1 (4)	19.0 (15)	76 (60)	0.001
No	1.8 (8)	15.0 (65)	31.6 (137)	51.6 (224)	
Episiotomía					
Sí	2.0 (3)	15,0 (23)	25.5 (39)	57.5 (88)	0.417
No	1.3 (4)	10.1 (31)	26.6 (82)	62.0 (191)	
Apego por más de 30 minutos					
Sí	1.0 (4)	10.0 (42)	24.0 (101)	65.1 (274)	0.000
No	1.5 (5)	16.4 (53)	37.7 (122)	44.4 (144)	
Lactancia materna durante la primera hora de vida					
Sí	0.7 (3)	9.2 (38)	25,6 (106)	64.5 (267)	0.000
No	2.1 (7)	16.9 (56)	35,2 (117)	45.8 (152)	

*Test de independencia de χ^2 de Pearson.

atención otorgada en las maternidades durante el proceso de gestación y parto durante los años más críticos de la pandemia de COVID-19 en Chile. Esta percepción de menor respeto fue mayor en mujeres extranjeras; lo que puede deberse a diferencias culturales y lingüísticas, falta de información, contención y apoyo emocional de familiares o personas cercanas.³² En mujeres con un bajo nivel socioeconómico, que podría deberse a la discriminación de clase y a la creencia de los proveedores de salud de que las mujeres pobres carecen del poder o privilegios para tomar represalias.³³

El acompañamiento durante el embarazo y parto de la mujer es un hecho benéfico para ella³⁴ que puede afectar de manera negativa a quienes no cuentan con la compañía de una persona de su elección. La disminución del acompañamiento de la mujer durante la pandemia fue uno de los aspectos que más se alteró y repercutió en la calidad de la atención. Lo anterior se evidenció en este estudio, al igual que en otros reportes en diferentes lugares del mundo.^{35,36} A consecuencia de esta situación, quienes así la sintieron describieron que se sintieron “asustadas y “aterrorizadas” y con poca atención de los y

las profesionales de salud que se encontraban ocupados por las múltiples funciones que debían cumplir.³⁷ Además, las mujeres relataron el conflicto entre la expectativa que había de la gestación y el parto y lo que realmente vivieron en el contexto de la pandemia.³⁸ Esta disminución de acompañamiento, incluso, se observó en mujeres que a pesar de haber tenido pruebas negativas para COVID-19 fueron atendidas como un caso confirmado.³⁹ Por todo lo anterior es claro que consecuencia de la pandemia hubo una prohibición del acompañamiento en las salas de parto, los horarios de visita se restringieron y eso llevó a que las pacientes se quedaran solas y sin apoyo.³⁵

En relación con la vía del nacimiento, quienes tuvieron parto obtuvieron mayores puntajes en la escala MORi, lo que coincide con un estudio en donde las mujeres prefirieron el parto, porque fomenta más participación y protagonismo de la mujer, con mayor respeto por los tiempos del trabajo de parto,³⁰ libertad de movimiento, recuperación más rápida y mayores posibilidades de iniciar la lactancia materna exitosa.³¹

La baja percepción de respeto, en este estudio, también se asoció con la atención en servicios de maternidad del sistema público, pues en estos se establecieron unos cuantos controles prenatales presenciales con controles remotos, que pudieron percibirse como falta de continuidad por las mujeres.³² Además, en los hospitales se observó una desviación del personal de maternidad hacia las unidades COVID-19 y las de maternidad se convirtieron en centros COVID-19, lo que afectó la calidad de atención entregada durante el parto.³³

Otro ámbito que se vio afectado durante la pandemia fue la mayor frecuencia de separación de la madre del hijo recién nacido, lo que evidenció conductas de respeto muy bajas en la escala MORi, pese a que la recomendación fue mantener el contacto inicial y la lactancia

materna temprana, incluso ante una madre con confirmación de infección por SARS-CoV-2.³⁶

Todas esas acciones que se emprendieron durante la pandemia y que no siguen las recomendaciones de la OMS, pudieron afectar la salud mental perinatal porque hubo menor socialización y redes de apoyo, preocupación por el riesgo de infección e incertidumbre,²² aumento de consecuencias psicológicas negativas, como los sentimientos de soledad, abandono y tristeza en las madres.⁴⁰

Los resultados de este estudio evidenciaron que durante la pandemia de COVID-19 se alteraron ciertas acciones del modelo de atención del parto y las mujeres percibieron un bajo nivel de cuidado materno respetuoso durante los cuidados otorgados en el embarazo y el parto en este lapso. En la actualidad no hay antecedentes que hagan pensar que la atención del parto y nacimiento en Chile se haya modificado para favorecer la implementación de las recomendaciones actuales de la OMS para una experiencia positiva del parto⁶ y, lo más probable, es que se mantenga un modelo con una alta tasa de intervenciones que repercuten en la calidad de la atención. Para poder asegurar lo anterior es necesario emprender nuevas investigaciones al respecto.

La principal limitación de este estudio fue que la encuesta en línea requiere de conexión a internet y conocimientos de su uso correcto.⁴¹ Sin embargo, la metodología en el momento donde aún existían restricciones en el país permitió acceder a una mayor cantidad de personas de manera rápida, segura y a bajo costo⁴² y con mayor autonomía.⁴³ Además, esta encuesta se aplicó durante el año 2021, en mujeres que tuvieron finalizado el embarazo entre los años 2020 y 2021. Por lo anterior, el tiempo transcurrido entre la experiencia de parto y la respuesta a la encuesta de percepción de cuidado de este estudio fue diferente entre las mujeres incluidas. Esto último debe considerarse al analizar estos datos porque la percepción de falta de respeto



podría estar subestimada en quienes tuvieron mayor tiempo entre el parto y la respuesta a este instrumento.⁴⁴

CONCLUSIÓN

Se identificó que casi la mitad de las mujeres percibieron algún grado de falta de respeto durante la atención de su embarazo o parto durante la pandemia. Las acciones de respuesta frente a una nueva situación de crisis, como la vivida durante la pandemia COVID-19, deben ser sensibles a las necesidades de las mujeres, sin olvidar de manera específica a las más vulnerables, como las de estratos socioeconómicos más bajos e inmigrantes. Los servicios de salud deben otorgar un cuidado obstétrico seguro, enfocado en la nueva urgencia, donde se incorporen las lecciones vividas y aspectos que resultaron benéficos en la experiencia de la pandemia COVID-19, donde se asegure una atención integral y adecuada culturalmente para cada mujer y sus familias.

DECLARACIONES

Agradecimientos

A todas las mujeres que tuvieron la disposición de contestar la encuesta y a quienes nos ayudaron en la difusión. Además, agradecer a la organización ParirNos Chile, por ofrecer apoyo a las mujeres que así lo deseaban posterior a contestar la encuesta.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene ningún estudio con humanos o animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Contribución de los autores

Loreto Pantoja: concepción y diseño, adquisición de datos e información, análisis e interpretación de datos, planeación del artículo, aprobación de la versión final. *Anahís Guillén*: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de datos, planeación del artículo, aprobación de la versión final. *Antonia Ruiz*: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de datos, planeación del artículo, aprobación de la versión final. *Lorena Binfa*: planeación del artículo, aprobación de la versión final. *Gabriel Cavada*: concepción y diseño, análisis e interpretación de datos, aprobación de la versión final. *Rayen Vivero*: análisis e interpretación de datos, planeación del artículo, aprobación de la versión final.

Referencias clave

1. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*. 2016;40:218-25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>
2. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
3. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, et al. The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Popul. Health*. 2017;3:201-10. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>
4. Townsend R, Chmielewska B, Barratt I, et al. Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021;37:100947. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100947>
5. Leiva C, Sadler M, López C, et al. Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz-La Florida Hospital in Santiago, Chile. *Front. Sociol.* 2021;6:614021. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614021>

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Ministerio Salud Chile. Manual de Atención Personalizada en el Proceso reproductivo. In: Pública Subsecretaría de Salud Pública, editor. Santiago, Chile 2007:19-20. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf
2. Tunçalp Ö, Were W, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG* 2015; 122 (8): 1045-9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
3. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery* 2016; 40: 218-25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco 2010: 43-44. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
5. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int. J. Gynecol. Obstet* 2001; 75: S5-S23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
6. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
7. Bragadottir H, Reed D. Psychometric instrument evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing* 2002; 28 (5): 475-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://www.proquest.com/docview/199421166/fulltextPDF/DC33BF8FA2C74AE3PQ/Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. <i>Lancet</i> 2014; 384 (9948): 1129-45. <a href=)
8. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *JHQR* 2001; 16 (4): 276-79. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(01\)77420-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77420-9)
9. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, et al. The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Popul. Health* 2017; 3: 201-10. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>
10. Human Rights in Childbirth. Human rights violations in pregnancy, birth and postpartum during the COVID-19 pandemic. Human Rights in Childbirth San Francisco, 2020:1-22. <https://www.humanrightsinchildbirth.org/past-hrhc-events/report-on-rights-violations-in-maternity-care-during-covid-19>
11. O'connell M, Crowther S, Ravaldi C, Homer C. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. *Women Birth* 2020; 33 (3): 205-6. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.008>
12. Fernández HL. El parto: la medicalización de un proceso natural [Tesis de fin de grado en Enfermería, Universidad de Cantabria]. Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria 2021:1-36. <http://hdl.handle.net/10902/22417>
13. Corporación Miles Chile. Acceso a Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia. Corporación Miles 2020: 1-14 <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1429>
14. Castro A. Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. PNUD. 2020;19:1-29. <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/desafios-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-de-la-mujer-de-la-ninez-y-de-la-adolescencia-en-america-latina-y-el>
15. CEPAL. Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres 2020. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46483-riesgos-la-pandemia-covid-19-ejercicio-derechos-sexuales-reproductivos-mujeres>
16. International Confederation of Midwives. Los derechos de las mujeres en el parto deben ser respetados durante la pandemia de Coronavirus 2020. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/spanish-statement.pdf>
17. Townsend R, Chmielewska B, Barratt I, et al. Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2021; 37: 100947. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100947>
18. Greene NH, Kilpatrick SJ, Wong MS, Ozimek JA, Naqvi M. Impact of labor and delivery unit policy modifications on maternal and neonatal outcomes during the coronavirus disease 2019 pandemic. *AJOG MFM* 2020; 2 (4): 100234. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100234>
19. Barlow K, Sepulveda A. The promotion of positive mental health for new mothers during Covid-19. *WFOT Bulletin* 2020; 76 (2): 86-9. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1822577>
20. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile, DIPRECE. Orientaciones Técnicas Continuidad de atención en salud Sexual y Reproductiva en el contexto COVID-19 2020. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Ord.-4425-OT-Continuidad-SSR-en-contexto-de-pandemia-FINAL.pdf>
21. Davis-Floyd R, Gutschow K, Schwartz DA. Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Med Anthropol* 2020; 39 (5): 413-27. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
22. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, et al. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth* 2021; 34 (4): 335-43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.002>
23. Vasilevski V, Sweet L, Bradfield Z, et al. Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. *Women Birth* 2022; 35 (3): 298-306. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.002>
24. Aydin E, Glasgow KA, Weiss SM, et al. Giving birth in a pandemic: women's birth experiences in England during COVID-19. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22 (1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04637-8>



26. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* 2013; 29 (10): 1151-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001>
27. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
28. Westergren A, Edin K, Lindkvist M, Christianson M. Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women Birth*. 2021;34(2):e118-e27. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.009>
29. Navas Arrebola R, Peteiro Mahía L, Blanco López S, et al. Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2021;55:e03720. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020006603720>
30. OVO. Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Minuta intervención 2 de junio de 2021 Comisión de Mujeres y Equidad de Género Cámara de Diputados 2021 [Disponible en: <https://ovochile.cl/wp-content/uploads/2021/06/Minuta-OVO.pdf>].
31. Leiva G, Sadler M, López C, et al. Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz-La Florida Hospital in Santiago, Chile. *Front. Sociol*. 2021;6:614021. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614021>
32. Pierola M, Rodríguez M. Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica. *BID Doc Para Discusión BID*. 2020:1-14. <https://doi.org/10.18235/0002432>
33. Hameed W, Uddin M, Avan BI. Are underprivileged and less empowered women deprived of respectful maternity care: Inequities in childbirth experiences in public health facilities in Pakistan. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249874. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249874>
34. Ramírez PH, Rodríguez GI. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Revisión bibliográfica. Matronas prof*. 2014;15(4):e1-e6. [Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527090>]
35. Hui P, Ma G, Seto MT, Cheung KW. Effect of COVID-19 on delivery plans and postnatal depression scores of pregnant women. *Hong Kong Med J*. 2021;27(2):113-117. <https://doi.org/10.12809/hkmj208774>
36. Kc A, Gurung R, Kinney MV, et al. Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: a prospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(10):e1273-e81. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30345-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30345-4)
37. McLeish J, Harrison S, Quigley M, Alderdice F. Learning from a crisis: a qualitative study of the impact on mothers' emotional wellbeing of changes to maternity care during the COVID-19 pandemic in England, using the National Maternity Survey 2020. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):868. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05208-7>
38. Jones K, Harrison V, Moulds ML, Lazard L. A qualitative analysis of feelings and experiences associated with perinatal distress during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):1-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04876-9>
39. Jackson L, De Pascalis L, Harrold JA, Fallon V, Silverio SA. Postpartum women's psychological experiences during the COVID-19 pandemic: a modified recurrent cross-sectional thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):1-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04071-2>
40. Asefa A, Semaan A, Delvaux T, et al. The impact of COVID-19 on the provision of respectful maternity care: Findings from a global survey of health workers. *Women Birth*. 2022;35(4):378-86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.003>
41. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers: revista de sociología*. 2012;97(1):193-223. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v97n1.71>
42. Rocco L, Oliari N. La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. *VII Jornadas de Sociología*. 2007;1:1-11. <https://www.aacademica.org/000-106/392>
43. De Marchis GP. La validez externa de las encuestas en la web. *Amenazas y su control. Estudios sobre el mensaje periodístico*. 2012;18(edición especial):263-72. https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40980
44. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-108>