

LA PANDEMIA NO ES EXCUSA: PARIR EN TIEMPOS DE DERECHOS HUMANOS

THE PANDEMIC IS NO EXCUSE: GIVING BIRTH IN TIMES OF HUMAN RIGHTS

Belén Castrillo

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de La Plata

Becaria posdoctoral en Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (CONICET / Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación)

mbcastrillo@gmail.com

Recibido: 10 de junio

Aceptado: 2 de noviembre

Resumen

En el presente artículo reflexiono sobre el fenómeno “parir en tiempos de Coronavirus” combinando dos lentes: primero, el enfoque de derechos humanos y las especiales recomendaciones que organismos internacionales y nacionales de salud elevaron respecto a garantizarlos en el marco de la pandemia. Segundo, la cobertura mediática sobre estos nacimientos “extraordinarios” que tendieron a desconocer dichos derechos y a legitimar su vulneración, reproduciendo un discurso biomédico del parto y de su atención intervencionista en nombre de la bioseguridad.

Palabras clave: partos, derechos humanos, pandemia, comunicación.

Abstract

In this article I reflect on the phenomenon of “giving birth in times of Coronavirus” combining two lenses: first, the human rights approach and the special recommendations that international and national health organizations raised regarding guaranteeing them in the context of the pandemic. Second, the media coverage of these "extraordinary" births that tended to ignore these rights and legitimize their violation, reproducing a biomedical speech of childbirth and its interventionist care in the name of biosecurity.

Keywords: childbirth, human rights, pandemic, communication.

El COVID nos (des) iguala¹

¹ El artículo está escrito utilizando un lenguaje inclusivo, reemplazando con “x” las vocales que asignan género a algunos sustantivos (por ejemplo, la masculinización masiva con la “e” en trabajadores o la “o” en médicos o recién nacidos). Si bien la experiencia del parto se ha naturalizado como eminentemente

La pandemia del Coronavirus,² y más aún su cobertura mediática, nos puso ante un falso universal: “el COVID nos iguala”: todxs podemos enfermar/morir, todxs nos sometemos al aislamiento social preventivo y obligatorio que dispuso el gobierno nacional el 20 de marzo. Se sostiene así que “todxs nos quedamos en casa”, “todxs encuarentenadxs”, “todxs nos enfrentamos de igual modo a un virus invisible”, “la solución depende de cuidarnos entre todxs”, “todxs estamos en la misma”. Y digo falso porque si algo permitió visibilizar esta pandemia fue la multiplicidad de desigualdades que condicionan nuestro modo de vivirla.

No somos iguales frente al COVID, ni en la probabilidad de enfermar, ni en la probabilidad de morir, ni en el acceso al sistema de salud de necesitarlo ni en los modos de enfrentar las *soluciones* estatales frente a la pandemia. Es preciso hablar de *cuarentenas* en plural, para pensar las desigualdades que las personas, las comunidades y los distintos rubros laborales de un mismo territorio atraviesan frente a una misma normativa estatal.

Respectos a estas desigualdades tanto en las posibilidades de enfermar, morir y en cómo atravesamos la/s cuarentena/s, desde el marco teórico de la socioantropología de la salud (Laurell, 1982; Menéndez, 2009; Castro, 2011), me interesa focalizar en tres condicionantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención que son causa de dichas desigualdades: la edad, la clase social y el género.³

Para el caso del COVID, la edad se instala como un condicionante tanto para enfermar/morir como para atravesar el aislamiento social. Así, se ha señalado que lxs adultxs mayores son portadorxs de mayores tasas de riesgo de sufrir la pandemia y, en paralelo, se sostiene que quienes en mayor medida sufren el confinamiento son lxs niñxs. De hecho, se desaconsejan particularmente los contactos entre ambos extremos de edad por la posibilidad de contagio de unxs a otrxs.

En segundo lugar, las desigualdades de clase se hacen visibles configurando, por supuesto, un factor de riesgo que provoca distintas probabilidades de enfermar y morir, tal como se señala desde la sociología de la salud. Y en simultáneo, las condiciones de vida que devienen de la posición de clase también han impactado fuertemente en los modos de atravesar la/s cuarentena/s: aumento en índices de pobreza y caída del empleo, cortes de luz y agua en villas de emergencia, sectores populares víctimas de la criminalización que el aumento del poder de policía frente a la necesidad de controlar el cumplimiento del confinamiento ha generado; y la apelación a que el “quédate en casa” no es igual para todxs.

Y finalmente, entre otras múltiples variables que impactan en los modos de enfermar/morir de COVID y de vivir la/s cuarentena/s, son fundamentales las

femenina y mi trabajo de investigación se concentró en parejas heterosexuales cisgenéricas, en este artículo se pretende dar cuenta de la existencia de personas gestantes con experiencias diversas. Este debate exige una mayor profundización pero excede a este artículo y sus objetivos, pero es preciso establecer que la decisión de, igualmente, nombrar a las mujeres es política, tras tantos años de invisibilización. Por ello se eligió hablar de “mujeres y personas gestantes”.

² En este trabajo se hace un uso simplificado que toma como sinónimos “coronavirus” y “COVID-19”, solo a los fines de amenizar y agilizar la lectura, sin por ello desconocer que uno refiere a un virus y el otro a una enfermedad.

³ No desconozco que otras variables de desigualdad (la etnia, la raza, la geografía) son determinantes en el proceso salud-enfermedad-atención, tal como lxs autorxs mencionadxs han analizado en sus teorías; pero a los fines de este trabajo, me concentré en estas tres.

desigualdades de género, visibles en, por ejemplo, los perfiles masculinizados de morbimortalidad; una mayor visibilización de la violencia de género y de los femicidios; y la visibilización de la feminización de los cuidados y de la división sexual del trabajo doméstico y extradoméstico, que ha provocado el registro de los roles al interior de los hogares.

Entre las desigualdades de género vinculadas a la salud, hace años que, desde la sociología de la salud con perspectiva de género, estudio la atención médica de embarazos y partos, su vínculo con la violencia obstétrica y con el acceso al derecho a un parto humanizado. En el marco de esta pandemia, mi inquietud se viró a conocer cómo se está pariendo y naciendo en un contexto signado por un paradigma de riesgos, el pánico social al contagio y el aislamiento de las principales redes familiares y vinculares. En ese sentido, he advertido que muchos medios de comunicación tuvieron la misma inquietud y decidí realizar este ensayo para reflexionar de qué modos el periodismo puede apuntar a legitimar o denunciar el acceso a derechos humanos, sexuales y reproductivos de mujeres y personas gestantes en el nacimiento de sus hijxs.

Para ello, en primer lugar, presentaré algunos principios de lo que un enfoque de género y derechos humanos sobre la atención obstétrica implica: el marco normativo argentino que protege los derechos que implican el parto respetado y las nuevas disposiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSN) para garantizar algunos de dichos derechos en el marco de la pandemia del Coronavirus. En segundo lugar, problematizaré el tratamiento mediático de lo que se ha denominado como “parir en tiempos de coronavirus” a partir de algunos artículos de diarios de tirada nacional, dando cuenta de qué tópicos emergen, qué concepción sobre el parto y las mujeres prevalece, y de qué modos la comunicación social puede terminar por legitimar formas de violencia obstétrica y de violación a derechos humanos en los nacimientos.

Parir en tiempos de derechos humanos

Los lineamientos centrales de la humanización del parto derivan de la Declaración de Fortaleza producida por la OMS en 1985, titulada “Tecnología apropiada para el parto”, en la que se realiza un llamamiento a frenar el sobreintervencionismo médico de los nacimientos, a estipular límites a la medicalización y proponer una atención menos patologizante. Fornes (2010) resume del siguiente modo estas recomendaciones internacionales:

Informar a la comunidad sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera; realizar más de un 10 al 15% de los nacimientos por cesárea es injustificable en cualquier región geográfica; favorecer los partos vaginales después de cesáreas; evitar pruebas de monitoreo durante el trabajo de parto normal ya que no está probado que tenga efectos positivos en el resultado del embarazo; no colocar a las embarazadas en posición de litotomía (acostadas con las piernas en alto); animarlas a caminar durante el trabajo de parto y posibilitar que cada mujer pueda decidir libremente la posición que quiera asumir durante el parto; no realizar episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal) en forma rutinaria; no inducir (iniciarse por métodos artificiales) los partos por conveniencia en un

porcentaje mayor a un 10%; evitar durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto; ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de su madre; fomentar el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos (Fornes, 2010: 3-4).

En este sentido, el plan 10-10-10 es el resumen del *ideal OMS* sobre atención del parto: 10% de cesáreas, 10% de episiotomías y 10% de inducciones como índices máximos de trabajo. Junto a estas indicaciones sobre la práctica médica específica, que ya tienen 35 años, los Estados nacionales de algunos países han establecido complejos normativos para alcanzar dicho ideal.

La política de humanización de la atención médica de partos encuentra en Argentina un punto de partida en la Ley 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”,⁴ sancionada en 2004 y reglamentada once años después; en la que, en un acto rupturista y novedoso, se establecieron una serie de obligaciones de los sistemas sanitarios en la atención obstétrica. Este instrumento legal condensa y responde a años de demandas de grupos sociales y es de los primeros dispositivos a través de la cual el Estado instituye formas de concebir la atención obstétrica humanizada, a través de la explicitación de los derechos de las mujeres y personas gestantes durante el proceso de nacimiento.⁵

Así, la ley conocida como “ley de parto respetado”, establece los derechos a: la información sobre la evolución de su trabajo de parto y estado de salud y sobre las intervenciones disponibles para optar libremente por realizarlas o no (decisión informada); al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente. Si bien la apuesta simbólica es por la garantía y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, en algunos pasajes y nociones de esta ley, se reproducen y generan idealizaciones de los procesos de parto y de los modos de ser mujeres, gestantes, madres y padres.

Desde la perspectiva conceptual que he venido (re) construyendo, sostengo que esta política de humanización de partos reposa en dos dimensiones centrales: el acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes y la revisión de las intervenciones médicas (a través del criterio de la medicina basada en la evidencia). Porque comprendo que el acceso a los derechos a la salud, y específicamente, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas gestantes en el proceso perinatal, exige cambios en las intervenciones médicas obstétricas. Esto es, con relación a la redefinición de las prácticas médicas, las guías valoran la utilización de prácticas demostradas *científicamente* como beneficiosas y alertan sobre las que se evidencian como perjudiciales. Por ejemplo, el acceso a la libre elección de la posición para parir o

⁴ El masculino es del original.

⁵ La ley también establece los derechos de lxs recién nacidxs sanxs, los derechos de los padres y madres alrededor de las posibles internaciones neonatológicas, y de los padres durante el proceso de nacimiento.

el derecho al acompañamiento, remiten a la modificación de prácticas e intervenciones de lxs profesionales durante la atención del parto. De hecho, las normativas insisten en que lxs mismxs profesionales médicxs deben dar conocimiento a las mujeres y personas gestantes de los derechos que las asisten, en el marco del horizonte humanizador y de las revisiones y cuestionamientos a las prácticas médicas que, basada en la evidencia científica, se postulan como aconsejadas y desaconsejadas.

Junto a esta ley que establece derechos, cinco años después Argentina volvió a marcar agenda estableciendo la violencia obstétrica como una de las seis modalidades de violencia contra las mujeres, en el marco de la Ley 26.485, conocida como “ley de violencia de género”.⁶ Y estableció que si se violan los derechos establecidos en la primera ley, se incurre en esta violencia, que si bien no está tipificada como delito penal, se supone que su denuncia puede implicar sanciones administrativas. Y digo “se supone” porque los mecanismos de denuncia siguen siendo muy lábiles y llegar a instancias de denunciar es un proceso que, como he analizado (Castrillo, 2016, 2019), implica poder deconstruir la figura de la autoridad médica, conocer los derechos, ejercer nuestra ciudadanía reproductiva y nominar como violentas prácticas que hemos naturalizado como normales, esperadas y deseadas, porque creemos que están avaladas en evidencia científica, cuando no es así.

Ahora bien, con un marco normativo de avanzada a nivel mundial, el cambio paulatino hacia una atención obstétrica humanizada en las dos últimas décadas se ve lento y focalizado en algunos de los derechos que establece la ley (el acompañamiento en partos y cesáreas y el contacto inmediato con lxs recién nacidxs, por ejemplo), sin socavar ni cuestionar la autoridad y la práctica médica. Así, Argentina sigue reportando índices altos de cesáreas, episiotomías, inducciones y se sigue pariendo sola, en posiciones que van contra la ley de gravedad y con un enfoque anti-fisiológico. En mi tesis doctoral (Castrillo, 2019) analicé el caso de la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires y para el período de estudio (2013-2019) a pesar de que se había advertido una mayor difusión de “los derechos del parto”, los promedios de cesáreas habían aumentado en promedio de 21 a 35% en el sector público y trepaba a 85% en el sector privado. ¿Cómo se explica esta predominancia de una atención intervencionista en un contexto de leyes que buscan la humanización? Junto a la débil apropiación de los derechos que conquistamos, a las pocas posibilidades de reclamar su garantía en un contexto de relaciones asimétricas de poder médico-paciente y a que considero que sigue primando la cultura institucional de las organizaciones sanitarias (hospitales y clínicas) por sobre los derechos de las usuarias (por intereses económicos, ideológicos, políticos), hay un elemento definitorio vinculado a la formación médica. Mientras se sigan interviniendo innecesaria y rutinariamente los cuerpos de las mujeres y personas gestantes en la atención obstétrica pero no se intervenga la formación médica, adecuándola a enfoques de género y derechos humanos, respetando las recomendaciones internacionales, nuestros equipos de salud seguirán creyendo que trabajan “salvando vidas” y “priorizando la salud”, enfocándose en la vitalidad “del producto” (como se considera en los manuales de obstetricia a lxs recién nacidxs) y seguirán reproduciendo el habitus médico autoritario (Castro, 2014) que explica la naturalización de la violencia obstétrica.

⁶ La ley define la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25929”.

Pues bien, en la tensión entre lo ideal y lo real de la atención obstétrica a la que asistimos en el contexto del nuevo milenio, en los últimos meses una pandemia sacudió al mundo y ahora debemos considerar nuevas variables para analizar cómo se está pariendo y naciendo.

En este marco y ante el pánico mundial por el Coronavirus, el 18 de marzo de 2020 la OMS publicó en su página web⁷ una serie de preguntas frecuentes y respuestas sobre cómo debería adecuarse la atención obstétrica en el contexto del COVID, con miras a establecer una serie de parámetros generales a nivel mundial. La siguiente es la reproducción de una de esas inquietudes:

¿Qué atención debería dispensarse durante el embarazo y el parto?

Todas las mujeres embarazadas, incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen la COVID-19, tienen derecho a recibir atención de alta calidad antes, durante y después del parto. Esto incluye atención de salud prenatal, neonatal, postnatal, intraparto y mental.

Una experiencia de parto segura y positiva implica:

- Ser tratada con respeto y dignidad;
- Estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;
- Comunicación clara del personal del servicio de maternidad;
- Estrategias adecuadas de alivio del dolor;
- Movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto.

Si se sospecha o se ha podido confirmar que la embarazada tiene la COVID-19, los trabajadores de la salud deberían tomar todas las precauciones adecuadas para reducir su riesgo de infección y el de terceros, incluida la higiene de manos y el uso de indumentaria de protección como guantes, bata y mascarilla médica. (OMS, 18/03/2020)

Desde el activismo por los derechos del parto, se celebró profundamente que el organismo mundial haya sentado posición al respecto para este área sensible de la salud, estableciendo sin miramientos el derecho al parto respetado de todas las mujeres y personas gestantes, sean o no portadoras del virus.

La rapidez con la que se pronunció el organismo internacional, se reflejó en posicionamientos del re-nombrado Ministerio de Salud Nacional también al respecto. Así, la última semana de marzo se lanzó el documento titulado “Medidas generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o puérpera en el contexto de la pandemia COVID 19”. Este texto presenta cuatro apartados principales. En la introducción se pronuncia sobre la importancia de establecer una “planificación estratégica” en el marco de “esta cruzada” y “no desatender (...) a las personas gestantes y los recién nacidos como sujetos de interés superior en particular” (MSN, 2020a, p. 1). Es, en primer lugar, sumamente acorde a las actuales discusiones en

⁷ Las preguntas y respuestas mencionadas se encuentran en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth>

Argentina sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos de todxs, que se refieran a “personas gestantes” y no únicamente a “mujeres”, lo que supondría un reduccionismo. Paradójicamente, la ausencia de un lenguaje inclusivo y la naturalización del lenguaje masculinizado, tensiona aquél progresismo. Del mismo modo, es preciso resaltar que este pronunciamiento ministerial, cuyo destinatario principal son los servicios de salud, busca garantizar un único derecho de todos los que nos asisten por ley en la atención perinatal, que es, además, el derecho que más se venía conquistando en la práctica: el hecho de atravesar el trabajo de parto, parto y puerperio acompañadxs por una persona de nuestra elección. Y en este primer apartado, por momentos se le baja la entidad de derecho a “recomendación”, lo que afecta directamente la obligatoriedad de garantizarlo. El cierre de este apartado, de todos modos, es contundente:

Los Servicios de salud deben elaborar pautas internas que cubran todos los aspectos de la organización institucional, no solo para brindar acceso a la atención calificada, sino también, respetuosa y centrada en la persona gestante acorde a las normativas nacionales vigentes. Por lo tanto, se debe establecer una política institucional que respete el derecho de la embarazada y/o puérpera a estar acompañada durante el proceso de atención, tal como lo rige la Ley N° 25.929 en la República Argentina, teniendo en cuenta como prioridad absoluta la reducción del riesgo de contagio de COVID-19, de las mujeres, sus familias y el equipo de salud. (MSN, 2020a: 1)

Si bien las pautas internas y la política institucional deberían garantizar este derecho desde hace más de 15 años, el llamamiento no deja de ser relevante, aunque el mismo informe reconoce que en el contexto de pandemia “es difícil garantizar el derecho absoluto al acompañamiento de las personas en situación de trabajo de parto y parto y es de suma necesidad, hacer prevalecer la bioseguridad, para evitar la propagación del virus” (MSN, 2020a:1). Así, en este documento se tensiona entre las posibilidades reales y la obligatoriedad, entre las personas gestantes y las mujeres, entre garantizar uno solo de los derechos humanos que deben garantizar pero dando la excusa a los servicios de salud para no hacerlo, estableciendo el COVID como una barrera para el acceso a derechos.

Esta lectura crítica no desconoce las implicancias extraordinarias para los servicios de salud que la pandemia ha conllevado y conllevará, y no ignora las cifras, el nivel de contagios y muertes y la importancia primordial de preservar la salud de todxs. Sin embargo, es preciso señalar que la atención humanizada de los nacimientos no va contra dicha política, más bien, es complementaria: exige menos insumos, más privacidad, un menor enfoque del riesgo reproductivo, menos medicalización y patologización. Lo que cambia con la pandemia, veremos, es la conceptualización social del nacimiento, pero su fisiología no. Es entonces una oportunidad de “volver” a ella, como el movimiento por el parto respetado propone hace décadas.

Este documento de la cartera de salud nacional establece que no se aceptarán visitas durante la internación perinatal, con el objetivo de detener la circulación del virus, y detalla los procedimientos de *triage* que se le aplicarán al/la acompañante, que de resultar “asintomático” sin ser caso sospecha y sin patologías preexistente, será habilitadx para ingresar al ala de maternidad, aunque deberá mantenerse en la

habitación de su pareja/familiar. En relación a los controles prenatales, se recomienda el ingreso en solitario de la persona gestante al consultorio. Para todos los casos, se refuerza la distancia mínima entre persona y persona y la higiene básica frecuente.

El documento también se refiere a cómo será la atención de las mujeres portadoras de COVID, a las que, en lógica con el protocolo general, se aislará y no se le permitirá estar acompañada.

Citando documentos y pronunciamientos internacionales y la llamada “ley de parto respetado” como marco de referencia, el documento devino en un arma de batalla para las mujeres y personas gestantes que estaban recibiendo violaciones a sus derechos en la atención obstétrica en todo el territorio. El ciberactivismo feminista sobre el parto respetado (Castrillo, 2018) comenzó a difundir este documento en un ejercicio comunitario de comunicación de la salud, y llovieron denuncias (virtuales y administrativas) de casos de violencia obstétrica y de violación a este derecho particular que organismos internacionales y nacionales llamaban particularmente a garantizar.

En este marco, el 15 de abril el Ministerio lanzó otro documento más detallado, llamado “Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos con relación a COVID 19”. Allí, de manera más organizada, se pronuncia en relación a tres ejes:

- a) Los riesgos y los beneficios conocidos, tanto para la persona gestante como para el RN.
- b) La elección informada, como un derecho de la persona gestante y/o de la familia del RN, luego de ser asesoradas en forma fehaciente y comprensible por los equipos de salud específicamente entrenados en este tema.
- c) El análisis individual de cada caso, que debe centrarse en garantizar el ejercicio del derecho a un parto respetado. (MSN, 2020b:1)

Al analizar la evidencia disponible hasta ese momento en relación a la atención de las gestaciones en el marco de la pandemia, se refuerza que “las recomendaciones para la persona gestante con sospecha y/o con confirmación de COVID-19 no difieren de las indicadas para la población adulta” (MSN, 2020b:1) en relación a mantener el aislamiento. Y en este marco el ministerio deja en claro su postura respecto al acompañamiento:

Aun con políticas de restricción de visitas, se permitirá la presencia de una persona sin infección, ni sospecha de COVID-19, elegida por la gestante como acompañante, tomando en consideración que la persona sea menor de 60 años y no posea enfermedades preexistentes. (MSN, 2020b: 2).

De forma aún más detallada, en este documento se señalan también las recomendaciones en la atención específica de los partos:

Se recomienda el parto espontáneo vía vaginal si la condición clínica de la madre lo permite. La evidencia actual no muestra ningún beneficio de la cesárea en embarazadas infectadas por COVID-19. Es importante evitar cesáreas

injustificadas a fin de prevenir el nacimiento pretérmino y otras morbilidades en el RN. (MSN, 2020 b:3)

Que en este contexto, el ministerio deslice algunas de las consecuencias negativas de las cesáreas innecesarias, es una de las gemas que se encuentra en su lectura. Se trata de un saber que se descubre en este contexto, y que es preciso que se sostenga más allá de este momento extraordinario.

Este segundo documento profundiza sobre la internación posparto con el/la recién nacido, la atención neonatal tanto de recién nacidos sanos como infectados y la promoción de la lactancia, entre otros, y vuelve a establecer el derecho al acompañamiento como el principal derecho que se busca garantizar del corpus que establece la ley 25.929. De todos modos, aunque suponga un reduccionismo, la experiencia narrada por las mujeres y personas gestantes respecto a parir acompañadas difiere absolutamente de quienes no pudieron hacerlo, porque primó la norma institucional por sobre su derecho. Es decir: no da igual parir acompañadas o solas.

Entonces, con todos estos pronunciamientos de voces autorizadas debería esperarse que los nacimientos se estén dando con este derecho garantizado. La realidad es que en las redes sociales, donde a partir de estrategias de activismo virtual emergió y se consolidó el reclamo por el derecho a un parto respetado y se encuentra sumamente instalado, no paran de publicarse denuncias sobre clínicas y hospitales que han decidido arbitrariamente no garantizar el acompañamiento (entre muchos otros derechos que no se garantizan hace años). De hecho, es anecdótico que el área de prensa de una maternidad pública de la ciudad de Buenos Aires publicó en su Facebook:

A fin de extremar las medidas de prevención y dado que para ingresar al área quirúrgica se deben atravesar espacios que son compartidos, se suspende hasta nuevo aviso el ingreso de los padres en los nacimientos por cesárea. Lamentamos la medida, que tiene como único objetivo evitar la diseminación.⁸

La lectura de los comentarios a este post da cuenta de cómo en la virtualidad, las mujeres y personas gestantes nos hemos educado en nuestros derechos y los exigimos abiertamente. Son múltiples los mensajes que le hicieron saber a la maternidad que estaba incumpliendo una ley nacional y tuvieron que dar marcha atrás con la medida.

En este marco de derechos humanos en la atención obstétrica, garantizados en lo discursivo y violados en lo real, propongo reflexionar a continuación sobre cómo se posiciona el periodismo en esta disputa de sentidos, en la que a veces tiende a naturalizar y legitimar la desinformación y la vulneración de derechos humanos en el parto.

¿Comunicación para la salud o *para-comunicación* de la salud? Cuando los medios son dispositivos de poder de la autoridad médica.

⁸ La publicación en Facebook está disponible en:

<https://www.facebook.com/345541605789771/photos/a.346569555686976/1198306733846583/?type=3&theater>

En abril de 2020, un mes de completa cuarentena, se publicaron casi una decena de notas sobre partos en contexto de pandemia.⁹ La búsqueda editorial hegemónica se concentró en narrar experiencias concretas, retomando las voces de mujeres-madres y varones-padres y, en algunos casos, de profesionales de la salud. En particular, me concentré en cuatro notas digitales de medios nacionales: “Coronavirus en Argentina: cómo es dar a luz en plena cuarentena” (*Clarín*, 02/04); “Coronavirus en Argentina: “parir con barbijo”, tres historias de partos en medio de la cuarentena obligatoria” (*Clarín*, 10/04); “La violencia obstétrica y los derechos en el parto durante la pandemia” (*TELAM*, 17/04); y, “Parir en tiempos de coronavirus” (*Página 12*, 19/04).

En estas notas se mencionan siete nacimientos, siendo la mayoría (cuatro) por cesárea y uno domiciliario. Dado que no es mi interés reseñar los artículos, sino presentar algunas reflexiones que me inspiraron sus lecturas, daré paso a una breve mención de las dimensiones de análisis que emergieron en mi interpretación.

Es preciso diferenciar entre parir en aislamiento social y parir en un contexto de pandemia. No se analizan partos de mujeres y personas gestantes infectadas con COVID, sino que se referencian, por un lado, los miedos al contagio de parir en un lugar signado por la enfermedad y, por otro lado, lo extraordinario de la intimidad obligada, de la poca gente en los pasillos de los hospitales y clínicas, y de las calles camino a las instituciones. Parir en lugar de enfermedad es lo cotidiano. Por ello, es preciso retomar las discusiones que se remontan a Semmelweis y su descubrimiento sobre la sepsis y el lavado de manos, y que, más acá, se retoman en el movimiento por el derecho a parir en casa. ¿Desde cuándo es normal nacer –un hecho de salud– en lugares de enfermedad? La historia permite ubicar que fue entre fines del siglo XIX y principio del siglo XX, que se hospitalizaron los partos y se profesionalizó su atención, en relación a las condiciones de vida paupérrimas (sin agua potable ni cloacas, principalmente) que habían hecho explotar las tasas de mortalidad materno-infantil. Fue progresiva la asimilación y la naturalización del hospital como lugar para nacer, que llevó incluso a criminalizar las opciones de parto en casa. Este contexto podría ser fértil para volver a discutir la creación de casas de partos, de maternidades aisladas y del parto domiciliario opcional, con la asistencia médica correspondiente.

Lo que cambia, entonces, no es tanto la fisiología del parto (aunque por el estrés del pánico social al contagio puede afectar la secreción de hormonas necesarias para que se desencadenen los trabajos de parto) sino el contexto familiar, social e institucional en el que se dan. Respecto a lo familiar, en los artículos periodísticos mencionados se hace continua mención a que lxs abuelxs conocen a sus nietxs por videollamada, a lo distinto de las visitas entre un parto previo y el actual, a la soledad de la pareja de padres (heterosexuales en todos los casos recabados). Respecto a lo social, se menciona la sensación de desierto de las calles, la excepcionalidad del aislamiento y el silencio como datos claves de esta experiencia. Finalmente, en lo que se narra de lo que sucede a nivel institucional, visualizo pros y contras. Primero, el acotamiento del tránsito de personas a nivel hospitalario y la menor presencia de profesionales, existe cierta tendencia al trato más respetuoso (lo que no es determinante, claro) y personalizado, primando la intimidad en la vivencia del proceso. Intimidad que constituye un derecho humano en la

⁹ Se realizó una búsqueda simple en Google con el descriptor “parir + coronavirus” a fines del mes de abril, por lo que las notas aquí consideradas se refieren a ese mes. Se eligieron las notas de firma argentina y de periódicos de tirada nacional.

atención de la salud perinatal, aunque no ha sido socialmente considerado como tal. En paralelo, el contexto del reinado de la “bioseguridad” y el pánico al contagio, ha potenciado el enfoque de riesgo reproductivo y la búsqueda de control, por lo que se asiste a un mayor intervencionismo y medicalización, dando como resultado mayores tasas de cesárea y de intervenciones innecesarias.

En paralelo, parir en tiempos de coronavirus, parece implicar un escenario positivo para la participación de los varones-padres en los nacimientos de sus hijxs. Como he problematizado anteriormente (Castrillo, 2019), dicha participación si bien venía creciendo, se encontraba con fuertes barreras institucionales y culturales en torno a roles de género patriarcales establecidos. En los últimos años, nuevas tendencias en corresponsabilidad familiar y la deconstrucción de las masculinidades y las paternidades, han impactado en la presencia de varones-padres en las salas de partos, aunque la internación puerperal sigue estando generalmente feminizada y no se les permite pernoctar. En el contexto de la pandemia, y según las recomendaciones internacionales, tendrían permiso para participar en todo el proceso perinatal en la institución. En los artículos contemplados, la mayoría de los nacimientos narrados fueron presenciados por los padres, lo que podría interpretarse como un lugar ganado por ellos en la escena del parto.

Por otro lado, y en relación a los roles de varones, mujeres y personas gestantes en torno a la crianza de lxs niñxs, la cuarentena y la presencia obligada de ambxs progenitorxs en el hogar, me ha llevado a reflexionar sobre las licencias por maternidad y paternidad tan desiguales (de quienes las gozan, claro), que impiden la participación paternal en los primeros meses de vida de sus hijxs. “Sin la cuarentena, él se habría perdido de todo esto” me dijo una mujer que parió a su primera hija en marzo. Sin dudas, este contexto también puede ser un terreno fértil para que ellos, vivenciando lo que implican los primeros meses de vida de sus hijxs, comiencen a pelear por más derechos al respecto.

Otro elemento que también está muy presente en las crónicas periodísticas, es la cuestión del miedo como una emoción inherente al parto y el aumento de ese miedo por el contexto de pandemia mundial. Más allá de discutir si el miedo es inherente al proceso fisiológico de parir o es resultado de la intervención médica y de la construcción cultural del nacimiento institucional, quiero señalar que en lo que refiere a las emociones, las mujeres y personas gestantes narran que más allá de la previa, en el durante y el postparto sienten lo mismo que en otros partos. De hecho, circula en las redes sociales feministas el consenso acerca de que la cuarentena es muy similar al puerperio, por lo que no reciben un doble efecto emocional, sino únicamente el del puerperio.

Aunque podría seguir reseñando de qué modos se cubren mediáticamente los partos en pandemia (las famosas, la lactancia, la inscripción civil, la referencia a profesionales de la salud como únicxs expertxs para hablar del tema), lo que es visible es cómo la comunicación en muchos –muchísimos- casos actúa como un dispositivo de poder a través del cual la autoridad médica transmite sus mandatos, que suelen tensionar y hasta vulnerar derechos humanos.

En ninguna de las crónicas periodísticas se hace mención a las recomendaciones puntuales que analicé anteriormente sobre cómo deben garantizarse derechos en la atención obstétrica en el contexto de pandemia. En el mismo sentido, se reproducen acríticamente declaraciones de profesionales médicxs en las que se niega el derecho de

las mujeres: por ejemplo, citado un médico obstétrico, un artículo de *Clarín* (02/04/2020) reproduce “la mujer puede estar acompañada, pero eso depende de cada institución”. Esta frase, resaltada en negrita en la publicación original, sentencia como verdad la violación de un derecho humano garantizado por ley en Argentina hace 15 años y reforzado actualmente por organismos autorizados en el área. En el mismo artículo, se quiebra una lanza a favor del discurso médico que condena los partos en casa: “los partos continuarán durante la cuarentena y no hay –según los especialistas–ninguna necesidad de realizar un parto domiciliario a pesar de la pandemia”. ¿Quiénes son lxs especialistas? ¿Aquellxs formados en un paradigma biomédico, intervencionista y hegemónico que unos párrafos arriba sostiene que un derecho humano se subsume a las reglas institucionales?

Por su parte solo un artículo, el de *TELAM* (17/04/2020) problematiza la violencia obstétrica extraordinaria que se reactualiza en nombre de la bioseguridad y cita como especialistas a mujeres que militan por el parto respetado hace décadas. Violeta Osorio, integrante de “Las Casildas”, lo resume del siguiente modo: “no es asunto médico ni científico, es cultural y político. Lo que pasa en una sala de partos es reflejo del lugar que seguimos ocupando las mujeres en la sociedad”.

En este marco, me pregunto: ¿cuál es el rol de la comunicación para la salud? ¿Del periodismo en general? ¿Reproducir acríticamente postulados de médicxs instituidxs como voces autorizadas, sin perspectiva de derechos humanos, naturalizando y legitimando que la garantía de derechos establecidos por leyes nacionales se subsume a decisiones institucionales? ¿O es, acaso, denunciar dichas violaciones de derechos? Porque lo que está por detrás es la (re) producción de un modo de conceptualizar, abordar e intervenir los cuerpos de las personas gestantes, los procesos reproductivos, sus emociones, sus derechos y los de sus hijxs.

A modo de cierre

“Parir en tiempos de coronavirus” se ha convertido en un objeto de análisis en sí mismo. Bajo la premisa de que aún en el marco de la pandemia “la vida sigue su curso natural”, la problematización acerca de cómo se está naciendo en este contexto internacional, catalizó reacciones macro –recomendaciones protocolares– así como observaciones micro –coberturas periodísticas de experiencias particulares.

Ese “leviatán sanitario” (Svampa, 2020) en que se convirtió el Estado frente al Coronavirus, implicó también el pronunciamiento respecto a la atención obstétrica. Aunque centrado en garantizar únicamente el derecho al acompañamiento, su posicionamiento simboliza una preocupación constante, que aún con un marco legal de avanzada, no parece hacer mella en los servicios de salud. Y ante la posibilidad de que la pandemia se use como excusa, tanto la OMS como la cartera de salud nacional, se pronunciaron al respecto. De todos modos, la cuestión parece reducirse a si parimos acompañadas o solas, para satisfacer la demanda de respuesta, pero sigue sin modificarse la concepción médica y patológica del parto.

En esta disputa de sentidos sobre el respeto a derechos humanos en el parto, la prensa parece haber adoptado una lectura acrítica y reproductora de reglas institucionales de hospitales y clínicas o de opiniones médicas, desperdiciando la posibilidad de ocupar

sus líneas en dar cuenta de las violaciones a derechos que se dan todos los días en las salas de parto.

En suma, es preciso que lxs comunicadorxs realicen una autocrítica sobre qué concepciones de salud, enfermedad, mujeres, personas gestantes, género, partos y autoridad médica manejan cuando realizan ejercicios de comunicación para la salud. O, en paralelo, reflexionen sobre las posibilidades de la ampliación de ciudadanía reproductiva que implicaría para amplios sectores de la salud, que en sus portales difundan los derechos que por ley deben garantizarse en las salas de partos. De lo contrario se seguirá reproduciendo una comunicación como instrumento de dominación que legitima la concepción médica del parto, la doctrina de la necesidad médica y el anti parto domiciliario.

Referencias bibliográficas

- Argentina (2004). Ley n° 25929/04. Ley de Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento.
- Argentina (2009). Ley n° 26485/09. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Recuperado de <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/597/ley-no-264852009-ley-de-proteccion-integral-para-prevenir-sancionar-erradicar-la>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, salud y sociedad-revista latinoamericana*, (24), 43-68.
- Castrillo, B. (2018). Relatos de parto: dispositivos de ciberactivismo feminista hacia una ciudadanía reproductiva. *Prácticas de oficio*. Volumen 1, Número 21. Junio 2018 – Diciembre 2018.
- Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de la plata (2013-2019)*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación: Universidad Nacional de La Plata.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. CRIM. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México: D.F.
- Fornes, L. (2010) Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. *VI Jornadas de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras: Universidad de Buenos Aires.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Menéndez, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Argentina: Edit. Lugar.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020a). Medidas generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o puérpera en el contexto de la pandemia COVID 19. Recuperado de <http://copba-cs.org.ar/wp-content/uploads/2020/03/Medidas-generales-de-acompanamiento-de-la-persona-gestante-o-puera-COVID-19.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020b). Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos con relación a COVID 19. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001839cnt-covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos.pdf>

Organización mundial de la salud (OMS). (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985: Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* 1985; 2:436-437.

Svampa, M. (2020). “Reflexiones para un mundo post-coronavirus” en *La Fiebre. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: Ed. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

Fuentes periodísticas:

Clarín (02/04/2020). “Coronavirus en Argentina: cómo es dar a luz en plena cuarentena”. Disponible en https://www.clarin.com/viste/coronavirus-argentina-dar-luz-plena-cuarentena_0_EzU3UQI-A.html

Clarín (10/04/2020). “Coronavirus en Argentina: “parir con barbijo”, tres historias de partos en medio de la cuarentena obligatoria”. Disponible en https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-parir-barbijo-historias-partos-medio-cuarentena-obligatoria_0_os3fEoVug.html

Página 12 (19/04/2020). “Parir en tiempos de coronavirus”. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/260599-parir-en-tiempos-de-coronavirus>

TELAM (17/04/2020). “La violencia obstétrica y los derechos en el parto durante la pandemia”. Disponible en <https://www.telam.com.ar/notas/202004/452745-violencia-obstetrica-partos-pandemia.html>