

Título: Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19.

Giving birth in a pandemic: Birth experiences in Argentina within Covid-19 health context.

María Laura Giallorenzi¹

Resumen

Este escrito se basa en una investigación que analiza, con un alcance exploratorio, algunas experiencias de gestación, parto y posparto en el marco de la pandemia del Covid-19. Para ello, se aplicó un cuestionario a 70 mujeres que en el periodo marzo- septiembre de 2020 tuvieron su parto.

La hipótesis es que el contexto sanitario actual incrementa el grado de control que ejercen las prácticas médicas y los protocolos de salud sobre el cuerpo de las mujeres, vulnerando así tanto sus derechos como los de los hijos/as por nacer.

Se concluye que los protocolos institucionales actuales contradicen los derechos conquistados, dependiendo de la suerte si a una mujer se le profundiza el control médico sobre su cuerpo, o si se le resguardan sus derechos.

El propósito del escrito es advertir que, a la incertidumbre que suelen vivenciar las mujeres en situación de parir, se le pueden sumar en este contexto otras cuestiones que contribuyan a legitimar la vulneración de sus derechos.

Palabras claves

Parto; pandemia; derechos; violencia obstétrica.

Abstract

This document is based on an investigation that analyses, with an exploratory scope, some experiences of pregnancy, birth and postpartum in the framework of the Covid-19 pandemic. To do this, a questionnaire was applied to 70 women.

The hypothesis is that the current health context increases the degree of control exercised by medical practices and health protocols over the women's body, violating both their rights and those of their unborn children.

¹ Instituto de investigaciones de la Facultad de Ciencia Política y RR II, Universidad Nacional de Rosario; Becaria Doctoral CONICET. Dra. En Ciencias Sociales (UBA), Magister en Estudios Culturales (CEI-UNR), Lic. En Sociología (UCES), Profesora Universitaria (UCES). Profesora universitaria en la Universidad de Concepción del Uruguay –sede Rosario- en las carreras de Lic. En Sociología, Lic. En Nutrición y Lic. En hemoterapia. Correo de contacto: lauritagiallorenzi@gmail.com

It is concluded that the current institutional protocols contradict the rights conquered, depending on the fate if a woman's medical control over her body is deepened, or if her rights are protected.

The purpose of the document is to advise that, to the uncertainty that women in a childbirth situation usually experience, other issues can be added to this context that contribute to legitimize the violation of their rights.

Key words

Birth; pandemic; rights; obstetric violence.

Introducción

El mundo entero está siendo interpelado por una nueva pandemia originada en China en diciembre de 2019, producto de una forma nueva de coronavirus denominada Covid-19². En este contexto, se elaboraron ciertos protocolos específicos para evitar la propagación del virus y con ello un conjunto de restricciones en torno a la atención de las mujeres embarazadas en sus controles obstétricos, como así también para el acontecimiento del parto y el nacimiento.

En este sentido, Argentina no está exenta del contexto mundial de pandemia y cuarentena, por lo que se vio obligada a elaborar un conjunto de medidas y restricciones que también son compartidas por muchos países. En lo que refiere a la atención perinatal, las mujeres a las que les ha tocado transcurrir parte del embarazo, el parto, nacimiento y el posparto en este contexto sanitario, se han visto interpeladas por medidas que en muchos casos son desfavorables en relación a los derechos conquistados.

Las medidas que originan restricciones e intervenciones, que se están cumpliendo en hospitales y/o clínicas (es decir, en efectores pertenecientes tanto al sector público como privado de salud) se encuentran en contradicción³ con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Este organismo establece que toda mujer embarazada, incluso cuando sea un caso positivo o sospechoso de Covid-19, tienen derecho a:

1. Ser tratada con respeto y dignidad.
2. Estar acompañada por una persona de su elección durante el parto.
3. Comunicación clara del personal del servicio de maternidad.
4. Estrategias adecuadas de alivio del dolor.
5. Movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto (Consejos para las mujeres embarazadas y lactantes sobre el coronavirus, s.a)

Desde el posicionamiento propio de la investigación en la que se sustenta este artículo, se contempla la hipótesis de que a la incertidumbre que caracteriza habitualmente a la situación de parir, se le suman en

² La humanidad se encuentra ante una pandemia dada por un nuevo coronavirus SARS-CoV-2, descubierto en diciembre de 2019 en Wuhan (China) y que causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

³ Asimismo, es necesario aclarar, que estas medidas también se encuentran en contradicción con lo que establecen algunos boletines, publicaciones y recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, como de otros niveles gubernamentales como ser provinciales y municipales, sobre la atención que debería brindarse a las mujeres en situación de parto como a sus hijos/as por nacer.

este contexto, otras cuestiones que tienden a vulnerar los derechos ya adquiridos de las mujeres por parir y sus hijos, hijas por nacer.

La crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, sitúa un contexto donde la presión asistencial y la posibilidad de la saturación del sistema médico hospitalario, establece cambios drásticos en los protocolos de atención, dando origen a nuevas situaciones donde las mujeres podrían ser víctimas de violencia obstétrica. Esto se traduce

“por un lado, en un mayor intervencionismo obstétrico, con mayores tasas de inducciones, estimulación del parto, partos instrumentales y cesáreas, y por otro, en la limitación o ausencia de acompañante durante el parto o separaciones madre-recién nacidos muy traumáticas y raramente necesarias” (Olza, 2020, p. 1).

Lamentablemente, la violencia obstétrica, no es algo que se origina a partir de la llegada del Covid-19, pero, sin dudas, incrementa el riesgo de sufrirla (Olza, 2020). Pareciera ser que se ha creado un escenario marcado por la incertidumbre donde las posibilidades de que los derechos que resguardan a las mujeres y sus hijos/as por nacer son vulnerados.

Las interpelaciones que ocasiona la situación sanitaria del presente, además de contradecir las recomendaciones de la OMS (2014) sobre la atención de las mujeres embarazadas al momento del parto, entran en contraposición con las leyes que promueven y garantizan derechos para las mujeres (incluido el caso puntual de Argentina).

Leyes como la Ley de Parto Humanizado (N° 25.929) y la Ley de Protección Integral de las Mujeres (N° 26.485), promueven derechos para las mujeres que le garantizan, entre otras cosas, el ser escuchadas en el momento del parto, el respeto de su voluntad, el ser informadas en todo momento sobre lo que ocurre, el estar acompañada por la persona que se elija.

El interés en vincular lo que ocurre en las experiencias de parto (de las mujeres entrevistadas) y los derechos legislados, trasciende lo meramente jurídico, en el sentido de comprobar si los derechos se cumplen o no se cumplen. Además, interesa, visibilizar qué ocurre cuando esto no sucede, cómo transcurren estas vivencias, donde el cuerpo de la mujer pareciera no estar presente con sus elecciones y decisiones en el centro de la escena.

A continuación, en el próximo apartado de este artículo se realiza una breve conceptualización acerca del concepto de la violencia obstétrica con el objetivo de vincular este concepto con la legislación anteriormente nombrada. Este trazado teórico, permitirá situar el eje de análisis dentro de aquellas

experiencias que transcurren donde no se respetan los derechos de las mujeres y donde se ejerce un control sistemático del parto y del nacimiento.

Definiciones sobre la Violencia obstétrica. Cuando los derechos no alcanzan.

La violencia obstétrica se encuentra tipificada tanto dentro de las reglamentaciones jurídicas existentes como en recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud.

En primer lugar, en el año 2004 se promulga la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento⁴, conocida como Ley de Parto Humanizado, la misma establece para toda mujer una serie de recomendaciones a cumplirse en la atención médica en relación con el embarazo, el parto, nacimiento y el postparto.

Cabe resaltar el foco de esta ley está puesto en la obligación del personal de la salud a informar sobre su accionar, es decir sobre las intervenciones médicas efectuadas a la mujer, sobre la evolución de su parto y el estado de su hija/o, y al derecho de la mujer a la elección cuando existieran diferentes alternativas. A su vez, considera a las mujeres en el proceso de parto como personas sanas, promoviendo su participación y protagonismo en este evento (Jerez, 2014, p. 4).

En segundo lugar, la violencia obstétrica es definida en la Ley de Protección Integral de las Mujeres 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 N° 25.929" (Ley N° 26.485, 2009).

En 2010 se profundizó en la definición de trato deshumanizado, reglamentándolo en un decreto:

Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o a el/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no (Decreto reglamentario 1011, 2010).

⁴ Aquí, unos comentarios sobre el nombre de esta ley, si bien no es el objetivo de esta investigación, no se puede pasar por alto. La ley lleva el nombre: Derechos de *Padres e Hijos* durante el Proceso de Nacimiento. ¿Acaso no es una ley para legislar las condiciones de los partos de las *mujeres* y el nacimiento de sus *hijos e hijas*? Una vez más, se invisibiliza a las mujeres, quitándole el rol central que tiene en este acontecimiento y reafirmando el lugar que el patriarcado quiere que las mujeres ocupen.

Así, Argentina se inscribe en una tradición que busca reconocer la violencia obstétrica, iniciada en 2007 por Venezuela, y continuada posteriormente por México, Chile y Ecuador (Bellón Sánchez, 2015; Vallana Sala, 2016).

En la Argentina contemporánea el movimiento que reclama la humanización del parto y de los nacimientos se inscribe en una historia transnacional y latinoamericana al ritmo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, la Organización Panamericana de la Salud, y el Centro Latinoamericano de Perinatología, organizaciones y movimientos sociales ligados al feminismo y al humanismo, y organizaciones o agrupaciones de parteras, de doulas y de usuarias (...) (Felliti y Abdala, 2018).

De este modo, la violencia obstétrica se materializa formalmente como una de las formas de violencia contra las mujeres. Esta última ha sido definida dentro de la convención de Belem do Para (Brasil) como: "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado" (Argibay, 2007, p. 23 según cita Femenías, 2013, p. 67).

Además de su materialización física, la violencia obstétrica puede ubicarse dentro de lo que Bourdieu (1997) llamó violencia simbólica, la cual se define como "la que extorsiona, generando formas de sumisión que ni siquiera se perciben como tales, y que se apoya en creencias totalmente inculcadas" (p. 188).

En este sentido, y siguiendo a lo establecido por la Ley de protección integral a las mujeres, la violencia obstétrica puede agruparse en dos tipos:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación (Ley N° 26.485, 2009)

Continuando con la revisión bibliográfica realizada (Sadler, 2004; Fornes, 2011; Jerez, 2014; Bellón Sánchez, 2015; Castrillo, 2019; Vallana Sala, 2016a y 2016b; Canevari, 2017; Osorio Ramírez y Saraceno, 2019)

sobre las definiciones de violencia obstétrica se han encontrado múltiples formas de concebirla, pero la mayoría coinciden en que se trata de un mecanismo de control y de disciplinamiento de la institución médica hacia los cuerpos gestantes y sus hijos e hijas por nacer. En este mismo sentido, este tipo de violencia –como muchas otras- implica una forma de poder y de dominación de un sistema de raíces claramente patriarcales que intentan manipular y subordinar a las mujeres mediante la obediencia a la autoridad expresada, en este caso en el saber médico.

Como sostiene Schwartz, la intervención del modelo médico hegemónico se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas (2010, p. 101).

Nari (2004) sostiene, que el saber médico, y con él, la obstetricia, la ginecología y la puericultura, tienden a patologizar el proceso fisiológico comprendido entre el embarazo, parto y postparto, con el fin de situarlo como un “evento médico con carácter potencialmente problemático justificando así la intervención médica” (Schwartz, 2010, p. 98).

“La institucionalización del parto estableció jerarquía de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales” (Fornes, 2011, p. 136). La institucionalización, más que una decisión médica o científica, fue deliberadamente política dado que el cuerpo de la mujer se constituyó bajo la vigilancia de un Estado preocupado por la denatalidad y la degeneración de la raza.

A partir de lo expuesto, se puede afirmar que, en la violencia obstétrica, se produce una doble violencia: primero por el hecho de ser mujeres y, en segundo lugar, por el hecho de asumir el rol de pacientes. Esto se expresa en diferentes prácticas que se encuentran rutinizadas dentro de la patologización del parto: baño aséptico, rasurado pélvico, inmovilización en silla de ruedas, dejar sin acompañante, colocación de vía intravenosa, reposo en camilla para trabajo de parto, posición de litotomía durante el parto, episiotomía, cesáreas. Estas prácticas suelen estar acompañadas tanto de un trato deshumanizado hacia la paciente como de una infantilización de la mujer en el lenguaje utilizado para con ella.

En este sentido, se plantea que el control ejercido sobre los cuerpos de las personas gestantes en el proceso embarazo-parto-postparto permite dar cuenta de formas de violencias obstétrica que podrían ubicarse en el plano de la naturalización, ya que las mismas son asumidas y acalladas por y para quienes las sufren. Es por ello que, en esta investigación, se postula que revisar aquellos medios que posibilitan la naturalización de la violencia obstétrica es, en parte, lo que permitiría dar visibilidad a esta forma de violación de los derechos humanos.

Experiencias de parto en la pandemia del Covid-19. Resultados parciales.

Para esta investigación se realizó un relevamiento a mujeres que hayan tenido su parto y nacimiento de sus hijos e hijas en el periodo marcado por la pandemia del Covid-19. Este relevamiento fue realizado a 70⁵ mujeres de Argentina, de edad entre 28 y 44 años, que tuvieron su parto desde marzo a septiembre de 2020.

Para esta investigación exploratoria, se utilizó un cuestionario que ha permitido un alcance a mujeres que se encontraban en distintas zonas geográficas del territorio argentino, permitiendo visibilizar con ello, que la violencia obstétrica no conoce de fronteras, y con ello que las causas y medios que la mantienen en el tiempo obedecen a razones que se pueden situar en el plano de lo estructural.

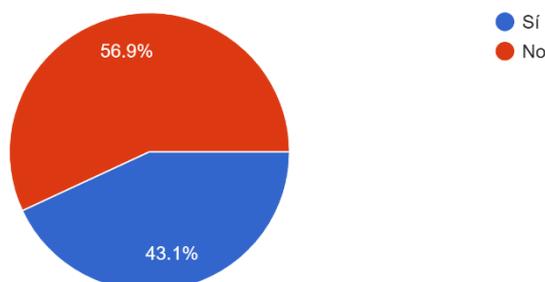
El formulario de la encuesta aplicada a la muestra –no probabilística- se organizó en base a algunos ejes que apuntan a conocer las experiencias de partos en el contexto de la pandemia. El diseño del cuestionario, ha permitido que las 70 mujeres que participaron del relevamiento brinden sus testimonios, aporte que ha sido central para el análisis de los datos. De esta manera, en este apartado, se busca dar visibilidad a estos testimonios para con ellos conocer las experiencias de parto y a partir de allí dar cuenta del fenómeno de la violencia obstétrica en el marco de la pandemia del Covid-19.

A continuación, y partir de la información recolectada, se describen las principales restricciones impuestas desde la implementación de los protocolos sanitarios del Covid-19 iniciadas en marzo del corriente año. A priori, es necesario, realizar la aclaración de que los cambios que producían las restricciones en el habitual proceder del personal médico e institucional, fueron variando e incrementándose a medida que los meses de pandemia avanzaban en nuestro país, tiempo que permitió organizar y sistematizar dichos protocolos.

En el siguiente gráfico, se puede observar la incidencia de dichos cambios y restricciones en la atención que recibieron las mujeres que participaron de esta investigación.

⁵ Se menciona que se ha realizado un primer corte sobre la recolección de datos a los fines de realizar un análisis exploratorio sobre los primeros resultados. Asimismo, como el objeto de estudio es sincrónico en el tiempo, el relevamiento continúa realizándose a los fines de poder relevar y conocer un conjunto mayor de experiencias.

Gráfico N°1: "Modificaciones en la atención recibida por el personal de salud a partir de los protocolos sanitarios de Covid-19"



Fuente: Elaboración propia a partir del relevamiento realizado

A partir de lo relevado, se pueden organizar dichas restricciones en torno a cuatro momentos: controles obstétricos de rutina y ecografías en el embarazo, internación, parto y nacimiento.

En el primer momento, se les prohibió ingresar de manera acompañada a los controles obstétricos y las ecografías realizadas en el embarazo, aun cuando la persona era el padre⁶ del hijo/hija por nacer y/o conviviente de la paciente.

Al momento del ingreso para la internación, a un porcentaje se les exigió la realización de un hisopado, el cual abonaron de forma particular, ya que no lo cubría económicamente ni el efector, ni la obra social o empresa de medicina prepaga. Durante la internación, se prohíbe la recepción de visitas, aun cuando quien ingrese tenga el objetivo de suplantar y quedar como único acompañante de la paciente. Asimismo, los tiempos usuales de la misma se vieron reducidos.

Para el momento del parto y del nacimiento, los cambios estuvieron dados en función de la modalidad en que se daba el mismo. En este sentido, si es parto vaginal, se permite el ingreso de un acompañante, pero en una cesárea no. Asimismo, para ambas modalidades de nacimiento, se exige el uso de barbijo de manera obligatoria.

Otras medidas de los protocolos y expresadas en las experiencias de quienes fueron relevadas por esta investigación, son la prohibición del ingreso de parteras y doulas a los nacimientos. Como así también, el cobro de un kit de protección para el/la obstetra cargo de la paciente.

⁶ En este artículo no se desconoce que las restricciones dadas para el proceso de parto, nacimiento, postparto, alcanzan a todos los modelos de familia, y por ende la prohibición de ingresar de forma acompañada también se dio para familias de configuraciones monoparentales, homosexuales, etc. Pero, se hace alusión a la figura paterna porque así lo han manifestado en sus relatos quienes participaron de esta investigación.

A partir de lo expuesto se observa la existencia de una violación de los derechos de las mujeres en torno a los cuatro momentos detallados anteriormente. En función de esto, es necesario resaltar que el mundo, Argentina incluida, se encuentra transitando una pandemia y no un Estado de excepción (Agamben, 2020) donde se suspenden los derechos.

Sin embargo, las restricciones y los cambios vinculados a la implementación del protocolo mencionado, sí pueden concebirse como una suspensión de derechos, ya que así fue vivenciado la situación por parte de un porcentaje de las mujeres que componen la unidad de análisis de esta investigación.

En primer lugar, se puede mencionar que las mujeres relevadas a partir de sus respuestas podrían ser divididas al menos en dos grupos respecto a sus percepciones en torno a los cambios vividos a partir de los protocolos sanitarios del Covid-19. Un primer grupo de mujeres, manifestó estar de acuerdo con las restricciones y medidas tomadas, aun conociendo que las mismas estaban en contradicción con sus derechos.

Por ejemplo: *Todo se dio con normalidad solo los cuidados sanitarios que tenemos que tener durante la pandemia.*

En dicho comentario, se puede evidenciar la eficacia del discurso médico en cuanto a la necesidad de sus prácticas, dado que se encubre la idea del cuidado, fundamentando un conjunto de prácticas que realizan, supuestamente, en pos de lo mejor para la paciente y su hijo/hija por nacer. Cabe preguntarse de si lo mejor no sería, acaso, que se respeten los derechos de las mujeres.

En torno a esto, es dable realizar la pregunta ¿Por qué sucede esto? Claramente, las razones a las que obedece la respuesta a tal pregunta son múltiples, pero aquí interesan aquellas que explican el fenómeno de la violencia obstétrica. Y dicho fenómeno puede entenderse, en primer lugar, al pensar en la hegemonía del saber médico frente a otras profesiones (parteras, doulas, puericultoras), como así también, frente a los derechos de las pacientes y sus hijos/as. Asimismo, en segundo lugar, se da la invisibilización de la violencia obstétrica la cual posibilita –en parte- su naturalización.

Generalmente, existe en los/las pacientes un alto grado de aceptación del discurso médico, producto de los siglos que lleva la medicalización de la sociedad (Foucault, 1996). En este caso, el discurso médico hacia las pacientes –mujeres embarazadas- en el proceso embarazo, parto, postparto, suelen estar atravesadas de condicionantes en torno al bienestar y salud de ambas personas, que tienden a ocasionar en la conducta de las pacientes la aceptación y obediencia.

Esto repercute también en la naturalización de ciertas prácticas que en la actualidad se sitúan como violencia obstétrica a partir de las reglamentaciones existentes, como así también de un amplio recorrido del movimiento feminista que permite desnaturalizar lugares de sumisión históricamente asignados a las mujeres.

Esta hegemonía del discurso médico frente a otras profesiones de la salud (por ej. Puericultoras y parteras) involucradas en los procesos de embarazo, parto y postparto, se puede observar en el siguiente comentario de una de las mujeres participantes de esta investigación: *costó mucho establecer la lactancia y en esas circunstancias no pude contar con la ayuda de la puericultora ni hacer uso del sacaleches (son servicios que el hospital brinda normalmente).*

La primacía del saber médico frente a otros saberes se expresa en una jerarquización de la profesión médica frente a otras disciplinas intervinientes en la escena de un parto, como ser la partería. Las razones de este desplazamiento, encuentran sus raíces en la historia de la obstetricia donde los/las obstetras empezaron a ocupar un lugar desempeñado por las parteras, procediendo a una masculinización de la escena del parto (Odent, 2012).

Justo a mitad del siglo XX la atmosfera comenzó a "masculinizarse". El número de médicos especializados en obstetricia aumento a la velocidad de la luz, y casi todos eran hombres. Más tarde, durante la segunda mitad del siglo, otros médicos especialistas como por ejemplo neonatologos o anestesiólogos, se introdujeron en el entorno del nacimiento (P. 44) (las comillas son del autor).

La jerarquización del saber en lo que respecta a los procesos de embarazo y parto, también alcanza a que los saberes y conocimientos que tengan las mujeres sobre su cuerpo y respecto a sus derechos consagrados, tampoco tenga un lugar central en la escena del parto y del nacimiento. Esto obedece a otro motivo histórico que es el patriarcado, sistema social, cultural, político que se organiza en base a las desigualdades entre género (Millet, 1995).

Por otro lado, un segundo grupo de mujeres tomó una posición distinta a la detallada anteriormente. Estas mujeres no solo conocían sus derechos, sino que estaban dispuestas a que se cumplan, estas mujeres no aceptaban las restricciones impuestas a partir del protocolo sanitario del Covid-19, porque sabían que las mismas no pueden contradecir lo que avalan la Ley N° 25.929 de parto respetado.

En los comentarios de tres mujeres expuestos a continuación puede visualizarse lo afirmado:

Lo consulté yo, en caso de cesárea no dejaban entrar al padre al quirófano (aún cuando la ley 25929 ampara la presencia) y en caso de parto natural sí podía asistir. Sinceramente me angustió el saber que no podría entrar en caso de cesárea y verme expuesta sola a esa situación. Por suerte mi obstetra siempre me contuvo y me inspiró confianza para llegar a un parto natural.

Que algunos cambios iban contra la legalidad. Llevé ley impresa a una consulta y no dejaron ingresar acompañante de todos modos.

Creo necesario redactar en el camino de la gestación un plan de parto para asegurar un respaldo para poder tener el parto que deseamos como derecho básico que nos pertenece.

Las experiencias que se dejan entrever a partir de los comentarios expuestos, confirman, una vez más, que los derechos no alcanzan. Como ya se mencionó, la violencia obstétrica no es algo que surja a partir de esta pandemia, pero sí se sostiene esta investigación permite visibilizar que tanto la pandemia como la cuarentena la profundizan.

Pareciera que, en un contexto signado por la incertidumbre en donde no está claro, ni es equitativo cómo proceder para todos los casos, el personal de la salud –médicos, enfermeras/ros, neonatólogos/as, anestesistas, administrativos/as, camilleros/as, etc. - deciden una vez más tomar a favor este contexto para actuar según sus intereses, tiempos y necesidades.

Si bien la vivencia de la violencia se ve incrementada, que finalmente acontezca o no, dependió, algunas veces, de la suerte. Algunas respuestas de las mujeres relevadas aluden a ello:

Si bien supe que en la institución pedían hisopado obligatorio, cuestión que me generó mucha angustia, no fue solicitado en mi caso. Tuve parto vaginal, estando acompañada y pude retirarme el barbijo como pedí para poder pujar y respirar cómodamente. En ese sentido no sé si ha sido suerte, pero no me cobraron ni mencionaron nada extra debido a la pandemia. Tengo entendido que sí lo hicieron con otras madres.

Lo más difícil para mí fue tener que estar todo el parto con barbijo. Tuvieron que ponerme oxígeno porque me bajó la presión. La realidad es que justo me tocó parir en unas semanas donde el contexto estaba dentro de todo tranquilo (estábamos en fase 5 y no había casos en Rosario).

Mucha violencia objetiva justificada por profesionales debido a "los nervios de cuarentena"

Pienso que la posibilidad de tener un parto respetado durante la pandemia está más ligada a el/la obstetra elegida, el paradigma al que se adhiera y su acuerdo interno con la institución, que con la institución en sí misma.

Se desprenden de los comentarios expuestos anteriormente, que para tener un parto respetado intervienen varios factores como ser: la suerte, haber decidido correctamente la elección del/la obstetra; el cumplimiento de los derechos establecidos para las mujeres en el parto; nacimiento de sus hijos/as. Estos factores parecieran tener el mismo grado de incidencia para que una mujer logre tener un parto y un nacimiento de su hijo/a acorde a sus elecciones, a sus decisiones. Una vez más, se vuelve a visualizar la eficacia de un discurso médico de características patriarcales, que además de no cumplir con los derechos de las mujeres establecidos en leyes que los amparan, responsabilizan a las mismas en la posibilidad de lograr un parto donde ni más ni menos se respete su voluntad.

Ideas finales

*Para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer y viceversa
(Montserrat Catalán, 2012, p. 7).*

A partir del análisis realizado sobre los primeros resultados obtenidos por el relevamiento, se mencionan algunas ideas a partir de las cuales se continuará pensando y reflexionando sobre las experiencias de parto en la pandemia del Covid-19 en Argentina.

En primer lugar, a partir del análisis realizado se evidencia la necesidad de problematizar los criterios que se tienen en consideración al momento de organizar y planificar un protocolo de atención médica para la situación de un parto, nacimiento e internación. Esto se menciona, porque se han encontrado contradicciones entre un protocolo de atención habitual y el protocolo de atención sanitario del Covid-19, y las mismas permiten hacer visible que los motivos de algunas decisiones tomadas por los profesionales de la salud no se sustentan en el bienestar de la paciente y su entorno sino a intereses personales e institucionales como ser lo económico y el control del tiempo.

En segundo lugar, se pone el foco en la oportunidad que encuentra habitualmente el sistema médico para profundizar el control sobre los cuerpos de las mujeres, en este caso de las mujeres gestantes y sus hijos/hijas por nacer. Es necesario, resaltar que el protocolo sanitario del Covid-19 en Argentina no se organiza teniendo en cuenta los derechos que establece la Ley 25.929 sobre Parto respetado ni tampoco en base a las recomendaciones de organismos de la salud como la OMS. En la investigación realizada, se puede ver esto en función de los cambios en la atención nombrados para los momentos del embarazo, el parto, la internación y el nacimiento.

Por último, se reafirma, que la posibilidad de tener un parto acorde a los intereses de la mujer gestante, su familia y su hijo/hija por nacer no deberían ser una cuestión de suerte ligada a la toma de decisión de cada mujer, sino que deberían estar garantizado por las leyes que protegen los derechos conquistados.

Estos ejes planteados que darán continuidad a la investigación que sustenta este escrito, toman fuerza en conjunto, en la idea de que "el parto es una cuestión de poder" (Rodríguez Bustos, 2010, p. 87).

En este sentido, podría ampliarse la noción de poder planteada por la autora (Rodríguez Bustos, 2010), planteando que, el poder atraviesa tanto al parto, como al embarazo y al nacimiento. Dar visibilidad a las cuestiones que atraviesan y se manifiestan en los procesos de la vida reproductiva de las mujeres, permite pensar que en ello se juega el control, el saber y el poder, pero no solo de estos procesos sino de un modo de organización de la sociedad, basado en la división sexual del trabajo como en la cultura del patriarcado, de la cual la medicina y particularmente la obstetricia forman parte.

Referencias bibliográficas

Truong, N. (24 de marzo de 2020). Entrevista a Giorgio Agamben. La epidemia muestra que el estado de excepción se ha convertido en la condición normal. *Le Monde*. Recuperado de <http://lobosuelto.com/normalexcepcion-agamben/>

Bellon Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, VII(18), 93-111. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>

Canevari, M. (2017). *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres. Derechos, autonomía y violencia*. Tesis de Doctorado, obtenido. Doctorado en Filosofía y Letras. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=1

Castrillo, M. (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, obtenido. Doctorado en Ciencias Sociales. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de La Plata. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=tesis&d=Jte1793>

Consejos para las mujeres embarazadas y lactantes sobre el coronavirus. (s.f). *Noticias ONU*. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471722> [24.10.2020]

Felitti, K. y Abdala L. (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. En G. Sánchez Ramírez y H. Laako (Ed.). *Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios, mismas batallas*. (pp. 95-121). San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Colegio de la Frontera Sur.

Femenías, M. L. (2013). *Violencias cotidianas, en la vida de las mujeres*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

Fornes, V. (2011). Parirás con poder, pero en tu casa... El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En K. Felitti (Coord.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina* (pp. 133-154). Buenos Aires: Ciccus.

Foucault, M. (1996). *Historia de la medicalización*. En: La vida de los hombres infames (pp. 85-105). La Plata: Altamira.

Jerez, C. (2014). *Partos empoderados: clase y género*. En la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. *XI Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario.

Millett, K. (1995). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

Odent, M. et.al. (2012) *Parir nacer y crecer*. Buenos Aires: Madreselva.

Olza, I. (2020) Sanar el trauma del parto en tiempos de pandemia. *Iboneolza* [en línea]. Recuperado de <https://iboneolza.org/2020/05/14/sanar-el-trauma-del-parto-en-tiempos-de-pandemia/>

Osorio Ramírez, V. y Sarraceno, F. (2018). *Mujeres invisibles. Partos y Patriarcado*. Buenos Aires: Interseccional.

Rodrigañez Bustos, C. (2010). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Buenos Aires: Madreselva.

Sadler, M. (2001). El nacimiento como acontecimiento médico. *Werkén*, (2), 113-124.

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 6, 83-104. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/8>

Vallana Sala, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. Maestría en Estudios Culturales. Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://ram-wan.net/tesis/97.viviana-vallana.pdf>

Legislación consultada:

Ley N° 26.485 de Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Ley N° 25.929 de Parto Humanizado.

Decreto reglamentario 1011/2010 del Poder Ejecutivo Nacional, de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.