MATERNIDAD Y COVID:

Nuevos retos asistenciales **sin-rostro** y **sin con-tacto**

Coordina:
Josefina Goberna Tricas

MATERNIDAD Y COVID

Nuevos retos en entornos asistenciales sin-rostro y sin con-tacto

JOSEFINA GOBERNA-TRICAS
(*Coordinadora*)

MATERNIDAD Y COVID

Nuevos retos en entornos asistenciales sin-rostro y sin con-tacto

AUTORES

EMILIA BEA; MARGARITA BOLADERAS; AINOA BIURRUN GARRIDO; MANEL CARRERAS MARTÍNEZ; LAIA CASADEVALL CASTAÑÉ; SILVIA COSTA ABÓS; JOSEFINA GOBERNA-TRICAS; JAVIER JIMÉNEZ FLORES; JÚLIA MARTÍN BADIA; AUGUSTO CLAUDIO ANDRÉS OBANDO CID; CARME PERELLÓ IÑÍGUEZ; PÍA RODRÍGUEZ GARRIDO; KATIUSKA ROJAS

Corrección de textos y maquetación: David Fontanals (PROOFEDITING SL)
Diseño de portada: Silvia Barrios Baena

La investigación que ha dado lugar a estos resultados y a la publicación de este libro ha sido impulsada por la Beca de Investigación al proyecto: «Dar a luz en tiempos de pandemia COVID-19: implicaciones éticas de la atención sanitaria», financiada por la Fundació Víctor Grífols y Lucas en la convocatoria Becas de Bioética 2020; así como por el proyecto de I+D+I «Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes» (PGC2018-094463-B-100. MCIN/AEI/10.13039/501100011033/FEDER «Una manera de hacer Europa» /Unión Europea), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación español.

Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes: **Reconocimiento** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciador: Goberna-Tricas, Josefina (coordinadora). *MATERNIDAD Y COVID: Nuevos retos en entornos asistenciales sin-rostro y sin con-tacto*. Barcelona, Ediciones LU S.L. (2022). La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente. **No comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales. **Sin obras derivadas** — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© Los autores: Emilia Bea; Margarita Boladeras; Ainoa Biurrun Garrido; Manel Carreras Martínez; Laia Casadevall Castañé; Silvia Costa Abós; Josefina Goberna-Tricas; Javier Jiménez Flores; Júlia Martín Badia; Augusto Claudio Andrés Obando Cid; Carme Perelló Iñíguez; Pía Rodríguez Garrido; Katiuska Rojas.

Ediciones LU S.L. Barcelona
Impresión Gráfica Rey S.L.
ISBN: 978-84-19282-43-9
Depósito Legal: B-23858-2022

ÍNDICE

Josefina Goberna-Tricas
PRÓLOGO **7**

Margarita Boladeras
DAR A LUZ EN TIEMPOS DE PANDEMIA: IMPLICACIONES ÉTICAS **17**

Carme Perelló Iñíguez
MATERNIDAD, COVID-19 Y BIOPOLÍTICA **35**

Manel Carreras Martínez
Júlia Martín Badia
REFLEXIONES SOBRE GESTACIÓN Y PANDEMIA. PERSPECTIVA PROFESIONAL 47

Javier Jiménez Flores
REFLEXIONES BIOÉTICAS EN TORNO A LA VULNERABILIDAD DE LA MATERNIDAD Y EL NACIMIENTO EN PANDEMIA **61**

Pía Rodríguez Garrido
HORIZONTES POSIBLES EN TIEMPOS COMPLEJOS: APROXIMACIONES EPISTÉMICAS A UNA MATRONERÍA FEMINISTA **71**

Josefina Goberna Tricas
¿EL HOSPITAL SIGUE SIENDO UN LUGAR SEGURO PARA DAR A LUZ? REFLEXIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA **79**

Laia Casadevall Castañé
REPLANTEANDO EL LUGAR DE NACIMIENTO **101**

Silvia Costa Abós
VULNERABLES O EMPODERADAS. LA DECISIÓN DE PARIR EN CASA DURANTE LA PANDEMIA **109**

Emilia Bea
EL PARTO DOMICILIARIO EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS **119**

Augusto Claudio Andrés Obando Cid
¿CUÁNTO IMPORTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ESTA PANDEMIA? SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DESDE EL CUIDADO EN MATRONERÍA EN CHILE **131**

Ainoa Biurrun Garrido
EL ABORTO EN PANDEMIA **143**

Katiuska Rojas
POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS ASPECTOS PENDIENTES EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES **157**

NOTAS BIOGRÁFICAS **163**

PRÓLOGO

Josefina Goberna-Tricas

A finales de 2019 la amenaza del SARS-CoV-2 ocasionó profundos cambios en todo aquello relacionado con la atención a la salud, manteniendo todavía el planeta en estado de alarma. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. La enfermedad por Covid-19 se manifestó fundamentalmente con fiebre, tos seca y dificultad respiratoria, aunque el patrón no era común para todos los casos, pudiéndose expresar a través de una gran variedad de síntomas y afectando a diferentes órganos, siendo la neumonía una de las principales complicaciones. La gravedad de las neumonías asociadas a la infección por el virus SARS-CoV-2 ocasionó un verdadero colapso hospitalario. La enfermedad con manifestaciones clínicas se daba principalmente en personas de más de 30 años, y era especialmente grave en mayores de 60 con patologías asociadas, siendo poco frecuente y bastante asintomática entre los menores de 20 años. Sin embargo, con el paso de los meses, y gracias a la posibilidad de vacunas protectoras frente a las formas más graves, junto con los cambios acaecidos debido a las mutaciones del propio virus, ha provocado una modificación de la situación. En estos momentos, con la presencia de la variante ómicron, nos hallamos ante un virus altamente contagioso, pero la enfermedad causada se presenta con una sintomatología generalmente más leve en personas vacunadas, y más relacionada con el aparato respiratorio superior.

Con la irrupción de la pandemia, el sistema sanitario se tuvo que adaptar, de forma urgente, a la atención de enfermos afectados por esta nueva enfermedad Covid-19, desplazándose la atención a otras patologías que, momentáneamente, dejaron de atenderse durante la primera ola y de forma intermitente durante las siguientes; las intervenciones quirúrgicas no urgentes se suspendieron, las consultas

externas no imprescindibles se anularon. Durante los primeros momentos de la pandemia, muchos profesionales sanitarios (tanto médicos como enfermeras) enfermaron por Covid debido al desconocimiento de la enfermedad y de su forma de contagio e, inmediatamente después, en muchos casos, a la falta de equipos adecuados de protección. Las especialidades, tanto médicas como de enfermería, no se tuvieron en cuenta y todo el personal sanitario disponible se dedicó a la atención de estos nuevos enfermos infecciosos.

Con el paso de los meses los hospitales han estado sometidos a una inmensa carga asistencial. Esta situación excepcional, que obligó a un confinamiento domiciliario y a un paro casi total de la actividad económica y social, debida a este colapso sanitario, ha puesto en tela de juicio el papel de los hospitales que se han visto totalmente desbordados. La nueva enfermedad por Covid-19 nos obliga a pensar en el futuro de la atención sanitaria.

Ante la situación planteada, nos preguntamos: ¿Qué ha pasado y qué retos se le presentan al sistema sanitario en la atención al nacimiento? ¿Cómo ha respondido frente a la atención a embarazo y parto un sistema sanitario centrado en la atención a los enfermos por Covid?

Algunas mujeres estaban ya embarazadas cuando la pandemia irrumpió y otras se han quedado embarazadas durante el confinamiento o posteriormente. Por tanto, la atención sanitaria a embarazo, parto y nacimiento no se ha podido suspender, lo que ha conllevado una adaptación de los paritorios para la atención tanto a partos de mujeres infectades por Covid como para la atención a aquellas no afectadas. La mujer gestante ha sufrido un aumento importante de su estrés por los posibles riesgos derivados de la nueva enfermedad, lo que implica mayor inseguridad y vulnerabilidad. Muchas mujeres en distintos países han preferido evitar el hospital y han optado por parir en casa.

El miedo de la mujer no es solo por su propia vida sino también por la preocupación de los peligros que acechan al bebé. Los pocos conocimientos iniciales sobre las posibles afectaciones de la Covid-19 en el proceso de gestación, parto y nacimiento hacían difícil saber qué había que hacer para proteger adecuadamente a la

mujer y al feto. Esta situación de inseguridad afectó a los padres y a los profesionales sanitarios, quienes se vieron obligados a improvisar medidas ante un enemigo tan feroz como desconocido. Ello generó un cambio constante en la confección de nuevos protocolos de atención e incluso un paternalismo nefasto en muchos casos, tanto por parte de las autoridades como por parte de algunos profesionales. Durante el primer año de pandemia se han vulnerado los derechos de mujeres, recién nacidos y profesionales y, a pesar del tiempo transcurrido, algunos derechos conseguidos en relación con la atención a embarazo, parto y puerperio no se han restablecido. La situación generada nos lleva a considerar algunas cuestiones: ¿Podemos seguir atendiendo el proceso normal de embarazo y parto en los entornos sanitarios convencionales? ¿Debemos seguir institucionalizando la atención al parto en el interior de hospitales generales donde las mujeres deben dar a luz con la mascarilla puesta? Ante una atención marcada por restricciones en las que los profesionales y las mujeres no pueden mostrar el rostro y en el que el distanciamiento se impone, nos cuestionamos: ¿Siguen siendo los entornos actuales seguros y adecuados para la atención al nacimiento? En este trabajo colectivo, intentamos dar respuesta a estas cuestiones que la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres nos plantea tras el impacto de la pandemia por Covid-19.

El libro que presentamos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, otorgada al proyecto de I+D+I «Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes» (PGC2018-094463-B-100. MCIN/AEI/10.13039/501100011033/FEDER «Una manera de hacer Europa» /Unión Europea). La investigación planteada nos permitió tender puentes entre el concepto de vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino y la vulnerabilidad sentida por las mujeres frente a la vulneración de sus derechos en el ámbito sanitario, especialmente en aquellos aspectos relacionados con la atención a la salud procreativa. La irrupción de la pandemia por Covid-19 situó la «vulnerabilidad» en primera línea y planteó nuevos retos éticos, políticos y sociales en la atención al nacimiento. Fue gracias a una beca de investigación de la Fundación Víctor Grífols y Lucas al Proyecto «Dar a luz en tiempos de pandemia Covid-19: Implicaciones éticas de la atención sanitaria a la maternidad» que pudimos profundizar en cómo la pandemia

afectaba a los derechos de las personas en general y especialmente a los de las mujeres durante sus procesos de salud procreativa.

Iniciamos este trabajo con un capítulo escrito por Margarita Boladeras, quien nos ofrece una mirada ética y política a la atención al nacimiento en pandemia. La autora nos introduce en los aspectos relacionados con las implicaciones éticas y las situaciones de vulneración de derechos que se han producido; podemos leer en las conclusiones de su capítulo una afirmación que resume perfectamente nuestra postura ante la situación planteada: «Hay que aprender a afrontar los problemas respetando los derechos de los ciudadanos, mujeres y hombres. Las situaciones excepcionales como esta pueden requerir acciones también excepcionales, pero deben adoptarse con la mesura y prudencia de un Estado de derecho maduro, es decir, un Estado que no restringe los derechos más allá de lo estrictamente necesario y en la forma que establecen las propias leyes».

A continuación, Carme Perelló nos acerca, con una mirada desde la biopolítica, a la gestión de la atención a la maternidad ante la pandemia por Covid-19. Nos introduce en los conceptos de biopolítica tanática, biopolítica instrumental, biopolítica tecnocientífica y biopolítica afirmativa para comprobar finalmente como la conjunción de maternidad y Covid nos lleva a la cuadratura del círculo biopolítico.

Manuel Carreras y Julia Martín nos acercan a la realidad vívida por los profesionales sanitarios profundizando en el impacto de la pandemia en la humanización de la asistencia al embarazo y parto en términos de «espacio, tiempo, actitud y procedimientos», planteando la crónica de una crisis ética impredecible ante la cual cuestionan críticamente las medidas excesivas que, todavía hoy, se siguen manteniendo. A su vez, aportan también una mirada de luz en medio de la oscuridad destacando el desarrollo, por parte de los profesionales sanitarios, de una capacidad de adaptación, así como un acercamiento a las ventajas de la telemedicina, al planteamiento de la posibilidad de repensar el parto en el domicilio, a la distinción entre tiempo de reloj y tiempo de proceso y a la importancia de la solidaridad y la

cohesión de equipo y necesidad de adaptación de los planes de parto para no arrebatar la capacidad de decisión de las mujeres gestantes.

Por su parte, Javier Jiménez Flores nos plantea una reflexión bioética focalizada en la atención a los casos en que no se pudo optar por un alojamiento conjunto de la madre y el bebé en pandemia. Se refiere a aquellas situaciones de doble vulnerabilidad, es decir, de todas aquellas mujeres que, tras dar a luz, precisaron un ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del recién nacido, bien fuese por enfermedad, malformación, prematuridad, situación de final de vida o sospecha de Covid-19... Si bien durante el proceso de parto el acompañante de la mujer, en la mayoría de los hospitales, tuvo garantizado el acceso a sala de partos y habitación durante el puerperio hospitalario, esto no fue de la misma forma en las UCIN. El origen de las restricciones en estas unidades se debió a las indicaciones dadas desde el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, que restringía el acompañamiento a una sola persona, privando a ambos progenitores la posibilidad de copresencia natural en el cuidado diario de su recién nacido. Tras una interesante reflexión, el autor concluye con la necesidad de no olvidarnos que la bioética siempre va a ser necesaria, más nunca suficiente, puesto que siempre nos obligará a dudar y a (re)pensar el porqué y la legitimidad de las cosas. Sobre todo, porque, de acuerdo con el autor, van a seguir habiendo más «olas» por las distintas cepas del coronavirus (pese al progresivo ritmo de vacunación mundial).

La segunda parte del libro aborda de forma decidida los lugares y entornos de atención al parto y nacimiento. Históricamente, la atención al parto ha tenido lugar en el hogar, en un entorno conocido en que la mujer estaba en su ambiente y donde eran los profesionales (generalmente matronas tradicionales o profesionales) quienes se trasladaban hasta los domicilios para prestar sus servicios. La segunda mitad del siglo XX provocó un giro en el imaginario social de la atención al nacimiento: la revolución biomédica del siglo XX, junto con los avances tecnológicos del ámbito sanitario, llevaron a un cambio, primero en el ámbito sanitario que en poco tiempo se extendió, de forma generalizada, al ámbito social y familiar. Sin embargo, a partir de la década de los noventa del siglo XX, esta institucionalización del nacimiento

empezó a cuestionarse, achacando a la hospitalización del parto problemas vinculados con la falta de humanización, una excesiva medicalización y la transformación del parto, que pasa a ser contemplado como una patología más conllevando una pérdida de autonomía y empoderamiento por parte de las mujeres.

Pía Rodríguez presenta en su capítulo el cuestionamiento que los estudios realizados al alero de las ciencias sociales, particularmente desde la antropología médica y la sociología de la reproducción, han realizado sobre la cultura organizacional enraizada en el interior de las instituciones de salud, interpelando tanto las prácticas biomédicas como el vínculo asistencial y paternalista entre las personas usuarias y el sistema de salud. Desde un enfoque de género, Rodríguez plantea la necesidad de una matronería crítica/activista consciente de las transformaciones sociales, incluida la reciente pandemia por Covid-19, que logre poco a poco reconstruir confianzas y retomar vínculos perdidos en la trayectoria profesional, difuminando la frontera de la verdad y lo objetivo e incorporando en su lugar las experiencias de sus protagonistas.

A continuación, Josefina Goberna se centra en un análisis de las transformaciones del «hospital» a lo largo de la historia, pasando de ser lugar de atención a pobres, desvalidos y moribundos a un centro de tratamiento y curación de enfermedades incurables en el ámbito doméstico. Si hasta el siglo XX solamente aquellas mujeres pobres y deshonradas que debían dejar a sus hijos en adopción se acercaban al hospital para dar a luz, la revolución biomédica invitó a las mujeres a dejar su hogar en el momento del parto para tener a sus hijos en un entorno hospitalario. Sin embargo, la pandemia por Covid-19 plantea un cuestionamiento del hospital como lugar adecuado para su atención. Las restricciones impuestas por la pandemia convierten la atención al parto en totalmente impersonal: una atención sin rostro y sin con-tacto debido a los equipos de protección, la separación de la unidad familiar o la necesidad de uso de mascarilla por parte de la mujer parturienta, además del riesgo de infección intrahospitalaria. Todo ello lleva a la autora a plantear la necesidad de reconsiderar los lugares adecuados para la atención a parto y nacimiento en un futuro próximo.

En la misma línea, en el siguiente capítulo, Laura Casadevall, tras un análisis de la evidencia científica disponible, nos introduce en la demostrada seguridad del parto en casa y el aumento de la demanda de partos fuera del hospital acontecida en los últimos años e incrementada durante la pandemia. Ante esta situación, la autora se pregunta si el sistema debería haber replanteado el lugar de parto y nacimiento de mujeres sanas fuera de las instituciones sanitarias, colapsadas por la pandemia. Su capítulo concluye que es hora de hacer frente a esta demanda creciente: las mujeres sanas quieren alternativas para dar a luz fuera de las instituciones sanitarias. Se trata de opciones que ya funcionan con éxito en países de nuestro entorno, que son seguras y costoefectivas y que la pandemia del coronavirus convierte en urgentes para ser valoradas desde la administración sanitaria.

Aplicando esta mirada crítica a la actual situación de atención a parto y nacimiento, Silvia Costa, a partir de un estudio de caso realizado mediante entrevistas en profundidad a mujeres que dieron a luz en casa durante la primera ola de la pandemia, explica las motivaciones que llevaron a estas mujeres a demandar una atención domiciliaria del parto. La autora expone que las mujeres embarazadas durante la pandemia de Covid-19 experimentaron niveles de angustia emocional entre moderados y altos, atribuidos a dos tipos de estrés del embarazo relacionado con la pandemia: el estrés asociado con la sensación de no estar preparada para el parto debido a la pandemia (estrés de preparación) y estrés relacionado con el miedo a la infección perinatal por Covid-19 (estrés por infección perinatal). La autora plantea la necesidad de una exhaustiva revisión de nuestros sistemas sanitarios mediante una política científica basada en hechos que también refleje e incluya nuestros mejores valores.

Una aportación valiosa al planteamiento de la atención del parto en el domicilio la realiza Emilia Bea en un capítulo en el que, desde una perspectiva legal, aborda el parto domiciliario en la jurisprudencia del tribunal europeo de derechos humanos. Bea nos muestra que la principal motivación que lleva a las mujeres a dar a luz en casa es preservar la dimensión humana del nacimiento y rechazar el parto hipermedicalizado y la

patologización del proceso, en la línea de un modelo deliberativo de atención sanitaria, menos tecnificado, que intenta garantizar la plena autonomía y responsabilidad de la mujer, frente a un modelo de atención paternalista y excesivamente invasivo, y frente al modelo informativo, excesivamente distante. Bea recuerda que la implementación del parto domiciliario depende del cumplimiento de una serie de requisitos, como que se trate de un parto de bajo riesgo, asistido por personal sanitario especializado y con garantías de traslado a un hospital en caso de surgir algún problema. Estos requisitos están bien presentes en las resoluciones sobre el parto en casa del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, cuya jurisprudencia está cada vez más atenta a cuestiones relacionadas con la salud y la biomedicina. Sus pronunciamientos no dirimen por completo las controversias entre enfoques bioéticos diversos, pero aportan criterios de la máxima autoridad que no pueden ser obviados en ningún proceso deliberativo conducente a la toma de decisiones en este terreno. Tras un exhaustivo detalle de la jurisprudencia internacional relacionada con la atención del parto en el domicilio, la autora concluye citando el documento de la Relatora Especial de la ONU sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, titulado «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica», en el cual hay una importante referencia al hecho de «considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto» como un medio para «combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer» y en «prevención de la violencia obstétrica».

Desde un contexto iberoamericano, Claudio Obando nos ofrece una mirada a la salud reproductiva desde Chile y se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuánto importa la salud de las mujeres en esta pandemia por Covid-19? Para darle respuesta, parte de un recorrido histórico y un trabajo empírico mediante metodología cualitativa y nos dibuja el escenario acaecido tras la pandemia. El autor afirma que, en tal escenario, «la salud sexual y salud reproductiva [fueron] ampliamente afectadas y no consideradas como prioritarias en el contexto sociosanitario de la pandemia de Covid-19. Ejemplos de aquello fueron: la inexistencia de un claro lineamiento o

protocolos de cómo hacer frente a la atención del parto en gestantes Covid positivo, o el aumento explosivo de cesáreas como manejo de las gestantes Covid positivo, aumentando con ello la violencia obstétrica; además del hecho de que muchas áreas, y en especial aquellas destinadas a las atenciones reproductivas y perinatales, tuvieron que ser reconvertidas para asumir la hospitalización de quienes requerían ventilación, dado el cuadro infeccioso de la Covid-19».

En los dos últimos capítulos del libro ampliamos la mirada y abordamos los derechos sexuales y reproductivos más allá de embarazo, parto y puerperio. Así, en el capítulo elaborado por Ainoa Biurrun se plantea el impacto de la pandemia por Covid-19 en la atención a la interrupción legal del embarazo. La autora nos muestra cómo desde 2020, y debido a la pandemia por la Covid-19, los Gobiernos han promovido medidas que obligaron al aplazamiento de la atención sanitaria a todos los procesos de salud/enfermedad considerados como no urgentes, generando así problemas dentro de los diferentes sistemas nacionales de salud. Los hospitales y centros sanitarios suspendieron servicios no esenciales entre los que se encuentran la interrupción voluntaria de la gestación y la asistencia a la salud sexual y reproductiva, generando que muchas mujeres hayan tenido, y aún tengan, dificultades para acceder a los servicios de salud y poder realizar abortos o incluso para optar a tener métodos anticonceptivos seguros. Aunque actualmente se está procurando reorganizar los procedimientos para el aborto, favoreciendo el aborto farmacológico y la información vía telemática a fin de reducir la presión sobre hospitales y centros de atención primaria (CAP), protegiendo al mismo tiempo los derechos de las mujeres al aborto, cabe recordar que el aborto debe ser considerado parte importante del cuidado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular. Y que garantizar el aborto a toda mujer debe ser una prioridad social, incluso en situación de emergencia sanitaria.

Concluimos el libro con el capítulo de Katiuska Rojas, quien nos ofrece un amplio recorrido por las políticas públicas, así como por algunos de los aspectos pendientes en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De este modo, nos recuerda cómo, en el ámbito iberoamericano, los programas de

salud sexual y reproductiva de los diferentes países necesitan tener una mirada con enfoque de género que tenga en cuenta cómo se financian para asegurar una cobertura universal en salud a quienes representamos más del 50 % de la población mundial. Si ello ya era necesario antes de la irrupción de la pandemia, ahora se convierte en una necesidad acuciante

Sin duda, todas estas aportaciones nos dan elementos de reflexión para profundizar y debatir entorno a cuál debe ser la atención a los procesos de salud sexual y procreativa en un futuro inmediato. Consideramos que las argumentaciones de autoras y autores aportan luz tanto a investigadores/as como a lectores/as para avanzar en un camino de entendimiento y de mejora en el abordaje de las cuestiones éticas y asistenciales que rodean la atención al nacimiento con el necesario respeto a los derechos de las mujeres.

DAR A LUZ EN TIEMPOS DE PANDEMIA: IMPLICACIONES ÉTICAS

Margarita Boladeras

Introducción

No soy una profesional sanitaria ni mujer gestante ni tengo experiencias directas de las situaciones vividas por las parturientas y sus cuidadoras, pero sí puedo referirme a lo que he podido leer en diversas fuentes solventes sobre algunos aspectos antropológicos, psicológicos y éticos que han sido relevantes durante este tiempo de pandemia, en especial sobre las vivencias y situaciones comunes derivadas del contexto Covid-19.

La mujer gestante ha sufrido un aumento importante de su estrés por los posibles riesgos derivados de la Covid-19, lo que implica *mayor inseguridad y vulnerabilidad*. Muchas mujeres en distintos países han preferido evitar el hospital y han preparado el parto en casa o, como ha sucedido en México, han llenado los paritorios asistidos por matronas separados de los hospitales. En un estudio llevado a cabo en Ecuador,[1] se constata el miedo de las madres a que su hijo pueda infectarse en el hospital. Ante la pregunta: **¿Siente temor de que el recién nacido se contagie de Covid-19 dentro del Hospital durante**

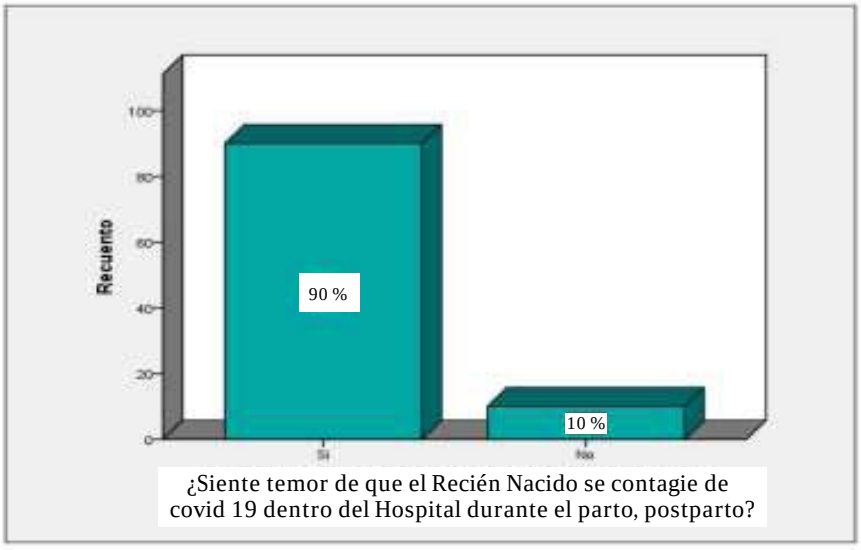
[1] Jiménez-Ordóñez, M. A.; Valarezo-Segovia, C. B.; Saraguro-Salinas, S. M. Actitud de las gestantes frente al Covid-19. En: *Polo de Conocimiento*. 2021, vol. 6, núm. 5, p. 142.

el parto?, el 90 % de las encuestadas respondieron «SÍ», mientras que el 10 % respondió «NO» (ver Gráfico 1).

El miedo de la mujer no es solo por su propia vida sino también por la preocupación de los peligros que acechan al bebé. Los pocos conocimientos iniciales sobre las posibles afectaciones de la Covid-19 en el proceso de gestación, parto y nacimiento hacían difícil saber qué había que hacer para proteger adecuadamente a la mujer y al feto, lo que era motivo de preocupación para los padres y para los sanitarios. Estos se vieron obligados a improvisar medidas ante un enemigo tan feroz como desconocido.

Ello generó un paternalismo nefasto en muchos casos, tanto por parte de las autoridades como por parte de algunos sanitarios. Un ejemplo del paternalismo abusivo de las autoridades se puso de relieve en el caso de la Generalitat Valenciana, que estableció una normativa muy criticada por los profesionales, a pesar de lo cual fue mimetizada en otros lugares.

Gráfico 1



Las medidas de la Generalitat Valenciana

El 4 de abril de 2020 la Generalitat Valenciana envió a los hospitales un *Protocolo de comunicación de mujeres gestantes en el momento del parto,* por el que se prohibía que la parturienta estuviera acompañada. El texto justificaba la medida en razón de que «el acompañamiento al parto de la mujer embarazada puede suponer una situación de riesgo de contagio para la madre, recién nacido, pareja o propio personal que desarrolla su labor» y por ello «debe interrumpirse el acompañamiento de la mujer gestante en dilatación y paritorios». Para intentar paliar un poco el impacto de tal medida en la pareja, el protocolo decía que «se activará una videoconexión (videoconferencia) para que pueda presenciar algunos momentos de los procesos de dilatación o expulsión», así como cuando naciera el bebé. Ante las protestas de las matronas y otros profesionales, la Generalitat Valenciana rectificó y permitió el acompañamiento, siempre que el acompañante no tuviera síntomas de coronavirus.

Dada la situación creada por este tipo de normativas en diversas comunidades autónomas, el Comité de Bioética de Cataluña declaró en un documento sobre *Humanizar y dignificar la atención durante el embarazo y el nacimiento: una mirada desde la bioética*:

> Es preciso destacar […] la reciente situación de pandemia de la Covid-19, donde se han producido situaciones que han tenido un impacto negativo en la salud reproductiva de las mujeres en el ámbito global, poniendo de manifiesto la necesidad de mantener los avances conseguidos hasta el momento en la atención respetuosa con las mujeres embarazadas y el cuidado de sus bebés. Se han tomado medidas totalmente desproporcionadas que han separado a la madre de su hijo en las unidades de recién nacidos con la intención de evitar la propagación de la pandemia, pero que han supuesto un significativo aumento del grado de angustia de la madre o padre, así como un incremento de recursos por parte del personal asistencial.[2]

[2] Comité de Bioética de Cataluña. *Humanizar y dignificar la atención durante el embarazo y el nacimiento: una mirada desde la bioética*. 2020. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/humanitzar-dignicar-embaras-naixement-es.pdf>, p. 14-15.

Mujeres afectadas por la enfermedad

Las cosas aún se complicaron más en el caso de las mujeres afectadas por la enfermedad. El cuidado de su salud y la protección del feto y de los sanitarios se convirtió en un dilema de difícil solución por el desconocimiento existente y la falta de medios. Tanto lo uno como lo otro se ha ido solventando poco a poco y ahora se conocen las medidas adecuadas para las diversas casuísticas. Además, se ha podido constatar que «Al comienzo de la pandemia […] el número de embarazadas infectadas era menor que el de la población en general, pero cuando se infectaron eran más vulnerables a las manifestaciones más agresivas de la enfermedad, ya que tienden a agravarse con cuadros infecciosos debido a la baja tolerancia a la hipoxia».[3]

Desde la notificación de los primeros casos de Covid-19 en las Américas hasta el 17 de septiembre de 2021, fueron notificadas 310 922 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 3 092 defunciones (con una tasa de letalidad de 0,97 %) en 32 países y territorios para los cuales se dispone de información (ver Tabla 1).

Tabla 1. Covid-19 durante el embarazo. Número de casos confirmados y defunciones durante el embarazo. Región de las Américas, Organización Panamericana de la Salud[4]

País/Territorio	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Anguila	2	N/D	N/D
Antigua y Barbuda	4	0	0,00
Argentina	21 871	203	0,93

[3] Jiménez-Ordóñez, M. A.; Valarezo-Segovia, C. B.; Saraguro-Salinas, S. M, *op. cit.,* p. 138.

[4] Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). *Actualización epidemiológica. Enfermedad por coronavirus (Covid-19)* [desde el inicio al 17 de sept. de 2021] [consulta: 4 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54997>, p. 14.

Bahamas	101	1	0,99
Bolivia	3 405	51	1,50
Belice	315	2	0,63
Bermuda	11	0	0,00
Brasil ≠	14 632	1 260	8,61
Canadá	7 244	3	0,04
Chile	15 830	16	0,10
Colombia	17 139	179	1,04
Costa Rica	1 131	9	0,80
Cuba	4 939	71	1,44
Ecuador**	10 207	48	0,47
El Salvador**	564	15	2,66
Estados Unidos de América**	120 459	155	0,13
Guatemala**	1 556	10	0,64
Guyana	13	N/D	N/D
Haití**	79	4	5,06
Honduras**	818	56	6,85
Islas Vírgenes Británicas	3	N/D	N/D
Islas Caimán	9	0	0,00
México &	27 264	538	1,97
Panamá &**	2 406	14	0,58
Paraguay &	2 109	85	4,03
Perú &	54 175	181	0,33
República Dominicana	1 935 15	81 0	4,19 0,00

Saint Kitts y Nevis			
Santa Lucía	29	0	0,00
Surinam	520	13	2,50
Uruguay	1 460	12	0,82
Venezuela	677	15	2,22
Total	**310 922**	**3 022**	**0,97**

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Necesidad de atención sanitaria, incluida la atención psicológica

El sufrimiento de los enfermos y de los profesionales ha sido brutal durante la pandemia y esto puede tener consecuencias de difícil solución. Tanto los cuidadores como las mujeres cuidadas y sus familiares han vivido una experiencia que puede condicionarlos en diversos aspectos de su vida durante mucho tiempo. *Las sensaciones de soledad, abandono e impotencia, de estar expuestos a un riesgo extremo, de incomunicación con el recién nacido, etcétera, marcarán la vida de muchas personas, quizás de manera irreversible*.

El sector sanitario deberá tomar medidas para abordar dichos problemas. La atención psicológica debe ampliarse y profundizar en todas las secuelas de estas vivencias. Si no se hace ahora, algunos conflictos personales pueden agravarse con el tiempo. Evidentemente, el sector sanitario depende de las decisiones de los Gobiernos sobre las cuestiones presupuestarias y organizativas; es lamentable la respuesta que algunos dan ante una necesidad de primer orden como esta.

Responsabilidades colectivas e individuales

Al mismo tiempo que denunciamos lo que se ha hecho mal, hay que insistir en la gravedad y excepcionalidad de una pandemia como esta, que llevó a actuar a ciegas en muchas disposiciones. Es necesario informar y educar a la

población sobre las exigencias insoslayables a las que obliga una enfermedad de transmisión de este tipo y la responsabilidad individual y colectiva que tenemos ante el peligro de muerte de miles de personas.

Tampoco podemos dejar de constatar que, en parte, se actuó a ciegas porque fallaron los sistemas de previsión y prevención que habían sido recomendados por los epidemiólogos. Estos habían pronosticado el peligro cercano de una pandemia de este tipo y, sin embargo, no se adoptaron las medidas oportunas para hacerle frente. Esta irresponsabilidad de los políticos no puede olvidarse y deben tomarse medidas para que no se repita. Los ciudadanos hemos de reclamar aquello que nos es debido.

Cambios asistenciales. El respeto de los derechos

En algunos países se tomaron medidas que quizás permanecerán. En ciertos Estados de México se llevaba a las gestantes a centros asistenciales exclusivos para ellas. La seguridad hospitalaria obligará a algunos cambios, puesto que el coronavirus no desaparecerá en un futuro cercano y deberán adoptarse medidas para tratarlo a medio plazo sin desatender las otras necesidades asistenciales.

Además, hay que tomar buena nota de todo lo que se ha hecho mal, especialmente en lo que se refiere a la vulneración de derechos, y es preciso mejorar la organización de la atención primaria y de los hospitales. Por supuesto que faltan efectivos humanos, pero también hay que llegar a nuevas estructuras de coordinación de los distintos servicios y equipos.

Hay que aprender a afrontar los problemas respetando los derechos de los ciudadanos, mujeres y hombres. Las situaciones excepcionales como esta pueden requerir acciones también excepcionales, pero deben adoptarse con la mesura y prudencia de un Estado de derecho maduro, es decir, un Estado que no restringe los derechos más allá de lo estrictamente necesario y en la forma que establecen las propias leyes. Durante el primer año de pandemia se han vulnerado los derechos de las mujeres, de los recién nacidos y de los profesionales.

En el caso de **los profesionales** se han vulnerado derechos que eran más imperativos que nunca: la seguridad en el trabajo, el derecho al descanso, la justa remuneración de su trabajo. Deberían ser resarcidos en la justa medida y se tendrían que establecer las previsiones pertinentes para que no vuelva a producirse una situación parecida.

Los sanitarios saben cómo enfrentarse a los riesgos que suponen algunas enfermedades, pero han de tener los medios necesarios para ello y en los primeros meses de esta pandemia falló por completo el suministro de esos medios. Las instituciones han de disponer de planes de emergencia y de los materiales requeridos para enfrentarse a situaciones excepcionales.

Las mujeres se han visto privadas de su derecho a la autonomía, del acompañamiento de su pareja (derecho a su vida privada e intimidad), al contacto directo con su bebé al nacer, etcétera; en una consideración de conjunto, podemos afirmar que ha habido un menoscabo de la dignidad de las personas y de sus derechos fundamentales.

Los recién nacidos han sufrido un aislamiento en sus primeros días de vida que no es bueno para su salud y, por lo tanto, el trato puede calificarse de maleficente.

Es cierto que se tomaron medidas inadecuadas por desconocimiento científico y que no pueden imputarse responsabilidades jurídicas por ello; pero sí hemos de detectar lo que no se hizo bien, para erradicarlo urgentemente y procurar la mejor atención posible, aunque ello comporte activar reformas en la organización sanitaria. Desde un punto de vista moral, la transgresión de algunos derechos fundamentales solo puede justificarse por un peligro inminente para la vida, y no había evidencia de ello en muchas de las situaciones que se plantearon en la atención al parto.

La suspensión de los derechos humanos. Perspectiva jurídica

La suspensión o restricción de derechos humanos es algo tan grave que el propio Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) incluye una cláusula derogatoria para las situaciones extraordinarias en que deban restringirse, junto con las disposiciones que rigen en tal eventualidad.[5]

El profesor Joan David Janer Torrens ha explicado los problemas jurídicos que se han planteado a este respecto a causa de la Covid-19:

> El impacto que han tenido las medidas adoptadas por los Estados con el objetivo de hacer frente a la emergencia sanitaria provocada por la primera ola de la pandemia del Covid-19 ha sido enorme desde la perspectiva del ejercicio de derechos fundamentales. La protección de un derecho inderogable como el derecho a la vida y el derecho a la integridad física ha impuesto obligaciones positivas a todos los Estados parte en el Convenio que se han materializado en la adopción de una serie de medidas que han supuesto una limitación del ejercicio de derechos. La necesidad imperiosa de proteger determinados derechos inderogables ha obligado, dada la gravedad de la situación canalizada a través de las declaraciones de emergencia casi comunes a todos los países, a que, de forma temporal, los poderes públicos hayan decretado medidas que suponen la restricción de determinados derechos derogables y, por tanto, no absolutos.
>
> Siendo legítimas y razonables estas restricciones, en el ámbito interno se ha cuestionado ante las jurisdicciones ordinarias y constitucionales su legalidad al entenderse que el estado de emergencia no daba cobertura a las limitaciones de derechos que se habían llevado a cabo. La frontera entre la restricción y la prohibición del ejercicio de un derecho con excepciones tasadas es difusa y, de ahí, que sea factible esperar que los contornos en el ejercicio de los derechos fundamentales en una situación de emergencia sanitaria como la vivida tengan que ser precisados por el TEDH después de agotar los previsibles recursos que se planteen ante las jurisdicciones nacionales.

[5] Petit de Gabriel, E. Una «prueba de estrés» para el Estado de Derecho: derogación, limitación y violación del CEDH en tiempo de pandemia. En: *Revista General de Derecho Europeo*. 2020, núm. 52, p. 20; Criddle, E. J. Protecting human rights during emergencies: delegation, derogation and deference. En: *Netherlands Yearbook of International Law*. 2014, núm. 45; Roca Fernández, M. La suspensión del Convenio Europeo de Derechos Humanos desde el Derecho español: procedimiento y control. En: *Revista Española de Derecho Europeo*. 2019, núm. 72, p. 43-72.

> La crisis sanitaria ha generado el hecho insólito nunca visto desde la entrada en vigor en 1953 del CEDH de que, en un período de sólo quince días, diez Estados parte hayan decidido comunicar formalmente a la Secretaria General del Consejo de Europa su decisión de derogar determinados derechos previstos en el Convenio en coherencia con la declaración del estado de emergencia y la restricción de derechos que ello implicaba. Por el contrario, el resto de países no han optado por la derogación al entender que las restricciones adoptadas eran compatibles con el Convenio.[6]

La aplicación ordinaria del Convenio permite limitar determinados derechos, pero no todos aquellos que los Estados han restringido o suspendido a causa de la pandemia, y por ello diez Estados[7] han considerado que debían recurrir a la cláusula derogatoria. Janer Torrens pone varios ejemplos de supresión de derechos muy cuestionables sin el recurso a dicha cláusula: «cabe plantearse si el cierre de las oficinas judiciales y de las actuaciones ante los tribunales de justicia (al margen de supuestos muy específicos) no pueden implicar una violación del derecho a la tutela judicial efectiva y a un proceso equitativo o a si el uso de datos personales a efectos de la geo-localización de las personas o la toma indiscriminada de la temperatura corporal resulta compatible con el derecho a la vida privada».[8]

> El recurso a esta cláusula, que implica una suspensión temporal, proporcional y motivada de la observancia de determinados derechos con el objetivo de proteger un bien superior común, no supone que el Convenio deje de aplicarse o que el TEDH no actúe como garante de los derechos que el Convenio reconoce. El artículo 15 implica un régimen diferente de legalidad que permite dar cobertura a una situación de excepcionalidad a la cual la legislación ordinaria no puede dar una respuesta satisfactoria y que, cabe recordar, no exime a los Estados de estar sujetos al propio Convenio puesto que el Secretario General del Consejo de Europa y el TEDH pueden llevar a cabo, si bien con ciertas limitaciones, un control no judicial y judicial del recurso y aplicación de la cláusula derogatoria.[9]

---

[6] Janer Torrens, J. D. La aplicación de la cláusula derogatoria del convenio europeo de derechos humanos con motivo de la crisis sanitaria derivada del Covid-19 19. En: *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*. 2020, núm. 40, p. 24.

[7] Estos diez Estados han sido: Letonia, Rumanía, Armenia, Moldavia, Estonia, Georgia, Albania, Macedonia del Norte, Serbia y San Marino.

[8] *Ibidem*, p. 26.

[9] *Ibidem*, p. 27.

Implicaciones éticas de las medidas adoptadas

Desde la bioética se insiste en el respeto a la autonomía de las personas, así como el respeto a su dignidad, a su intimidad, a su seguridad (principios de no maleficencia y de beneficencia) y a un trato igualitario y justo (principio de justicia). Los profesionales sanitarios conocen bien estas obligaciones de su profesión, pero las situaciones creadas por la Covid-19, junto a la falta de recursos y las decisiones de los Gobiernos, arrinconaron décadas de buenas prácticas.

Ya he indicado anteriormente que el trato que han recibido las mujeres y sus bebés ha sido en muchos casos maleficente y no ha respetado ni la autonomía ni la dignidad de las parturientas. Todo ello se ha justificado en nombre de la seguridad y la protección de las personas ante una amenaza grave y de difícil control. ¿Es una justificación suficiente?

Hemos visto que se han suspendido algunos derechos fundamentales de los ciudadanos: libertad de movimientos y circulación, intromisión en la vida privada, reducción del derecho al trabajo, limitaciones en la atención médica a enfermos no-Covid-19, etcétera. Cada una de estas suspensiones es muy grave, tanto desde el punto de vista ético como legal (indicado anteriormente). Un ciudadano desposeído de sus derechos fundamentales deja de ser ciudadano y pasa a ser un súbdito en manos de las decisiones del poder gobernante. Para que esto no ocurra, es necesario que el Gobierno actúe responsablemente en la toma de decisiones, teniendo en cuenta la opinión ciudadana y concitando su conformidad ante esta renuncia parcial y temporal de sus derechos. Evidentemente, esto supone un ejercicio de práctica democrática muy *sui generis* difícil de llevar a cabo con éxito. Las distintas políticas de los países europeos ante la pandemia han mostrado las diferentes aproximaciones para abordar esta cuestión, algunas han sido más o menos democráticas, otras no lo han sido.

Esta actitud responsable debe reiterarse en todos los niveles de la toma de decisiones, desde las más altas instancias del Estado hasta los distintos grupos de atención sanitaria o social. Ante la falta de informaciones seguras, es más necesario que nunca que un director de hospital o un jefe de servicio reúnan a sus profesionales

y adopten decisiones colegiadas después de escuchar las observaciones de las personas que deben llevar a cabo el trabajo. Actuar así cuando no se tienen los medios necesarios es difícil, pero precisamente esta carencia lo hace más necesario.

En el siglo XXI no se puede actuar como en la Edad Media: alguien ordena y manda y todos encerrados en sus casas u hospitales. Hay que informar, explicar, coordinar, sensibilizar, consensuar y tomar decisiones responsables a todos los niveles, porque es preciso tomar medidas para instaurar seguridad sin olvidar que la legitimidad de las mismas depende de los procedimientos y maneras de aplicar las normas, del concurso ciudadano y del esfuerzo conjunto por respetar el derecho a la dignidad, a la autonomía y a la vida de todos en la medida de lo posible, asumiendo las limitaciones que impone la situación. Los distintos niveles del Estado que han de aplicar las normas deben actuar con el máximo respeto debido que sea posible, porque es su obligación y porque hay que estimular la colaboración ciudadana. La responsabilidad no es solo de los políticos que gobiernan en un lugar y momento dado, sino de todas las personas que participan en la implementación de medidas y de todos los que son concernidos por ellas. Si se hubiera tenido en cuenta esta obligación moral y legal en las residencias de personas mayores, muchos de nuestros ancianos no hubieran muerto como lo hicieron, aislados y desasistidos por completo. También se habrían evitado muchas actuaciones extremas que no tenían sentido en otros ámbitos.

Las personas podemos ser responsables o no. Tenemos el poder de actuar y decidir sobre distintos cursos de acción; somos responsables cuando, estando en nuestra mano hacer otra cosa, elegimos aquello que responde a un compromiso con la situación y con «los fines positivos orientados al *bonum humanum*».[10] Hans Jonas considera que el principio de responsabilidad se impone a la ética de nuestro tiempo como una nueva perspectiva fundamental. No se trata solo de recordar aquello de que «el agente ha de responder de su acto», que «deberá pagar *ex post-facto* por lo hecho» y que esto tiene un alcance moral y también jurídico, sino que

[10] Jonas, Hans. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder, 2004, p. 163.

tenemos que llegar al sentido más profundo: «yo me siento responsable primariamente no por mi comportamiento y sus consecuencias sino por la *cosa* que exige mi acción. […] Lo primero es el deber-ser del objeto; lo segundo, el deber-hacer del sujeto llamado a cuidarse del objeto».[11] «Responsabilidad es el *cuidado*, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en "preocupación"».[12]

El problema de la situación que vivimos es que muchos consideran el deber de salvar vidas, pero se olvidan de otros deberes que también obligan a tomar determinadas medidas. Son muchas las vulnerabilidades que afligen a las personas y, aunque haya que priorizarlas, es preciso considerarlas en su conjunto.

Se suele *contraponer la seguridad a la libertad* porque la primera nos obliga a actuar de determinadas maneras y reprime el ejercicio de las decisiones personales. Pero esta contraposición nos lleva a un *razonamiento dicotómico erróneo*.

Las decisiones que se toman en la búsqueda de la seguridad, igual que las acciones decididas desde la libertad, han de guiarse éticamente por la responsabilidad, por el respeto a los derechos de todas las personas y por el respeto al bien común.

Los derechos individuales deben ejercerse siempre con la mirada puesta en los límites que marcan los derechos de los demás y esto varía en función de las situaciones. El riesgo de ser portador de una enfermedad que pueda causar daños graves a otros no me permite llevar a cabo determinadas acciones y mi responsabilidad me obliga a tener en cuenta estos límites, a procurar no dañar a otros y a respetar el bien común. Desde mi *libertad responsable* debo asumir esta restricción de mis posibilidades de acción. Peter Bieri ha escrito sobre la *libertad de decidir* hacer esto o lo otro y la *libertad de la voluntad*; esta «es algo que uno tiene que *ganarse a fuerza de trabajo*», «lo que caracteriza la formación de una voluntad es que no se queda en un mero juego de pensamientos. Usted desarrolla también la *disposición* a dar realmente los pasos necesarios».[13] Las aportaciones de Bieri nos permiten comprender

[11] *Ibidem*, p. 164.
[12] *Ibidem*, p. 357.
[13] Bieri, P. *El oficio de ser libre*. Barcelona: Ariel, 2002, p. 246 y 32.

mejor que la libertad no es lo que muchos creen y que en la propia constitución del ser humano la voluntad y la responsabilidad se hallan unidas por la tarea de asimilación, selección y descarte de nuestras vivencias, deseos y tendencias para alcanzar una entidad propia. Lo que él llama la «apropiación de la voluntad» se hace en la relación con otras personas y en el contraste de intereses. La voluntad puede autoimponerse límites en función de sus propios objetivos y de las necesidades de otras personas; y a eso se llama responsabilidad.

Tenemos que respetar la autonomía de las personas, pero la persona autónoma debe ser responsable y debe procurar no hacer daño ni causar injusticia. Ser responsable implica tener en cuenta las necesidades y el bien de los demás.

Asimismo, las decisiones que se toman en aras de la seguridad han de considerar los derechos individuales de las personas y garantizar el bien común. Han de ser responsables en estos sentidos. Se suele decir que han de regirse por los principios de proporcionalidad y eficacia, pero habría que añadir que ambos abarcan diversos aspectos y no se refieren meramente a la proporción daño-beneficio material o a una eficacia unilateral.

El gran problema en las situaciones tan extremas como las de esta pandemia consiste en llegar a encontrar y coordinar el conjunto de medidas que aporten *seguridad, estimulando al mismo tiempo la responsabilidad de los gestores de las instituciones y de las personas en general*. Las pugnas entre los partidos políticos y las distintas instituciones impiden la creación de un ambiente social que facilite el necesario consenso entre los ciudadanos respecto de las acciones más pertinentes para afrontar la situación. A la habitual dispersión de la opinión pública y a la diversidad de sensibilidades morales se añade entonces el desconcierto que producen las discusiones de razones y sinrazones que buscan ganar la adhesión de la gente con técnicas de propaganda y manipulación, todo lo contrario de lo que conviene a la ciudadanía para lograr situarse de una manera personal y moralmente comprometida ante los problemas. En este contexto los medios de comunicación tienen un papel muy importante y deberían asumir sus responsabilidades.

Conclusiones

A partir de las consideraciones anteriores creo que podemos converger con algunas de las ideas expresadas por bioeticistas reconocidos como Victoria Camps y Joseph J. Fins. La revista *Bioética Complutense* ha publicado varias entrevistas a expertos en bioética, entre los que se encuentran ambos autores. Victoria Camps cree que esta pandemia promoverá algunos cambios de perspectiva en el futuro, sobre todo en lo que concierne a los deberes del individuo con respecto a lo común:

> Hasta ahora, la bioética se ha centrado mucho en la relación clínica, pero ha abordado menos problemas de salud pública. Éstos plantean una serie de obligaciones que la ciudadanía debe hacer suyas como deberes cívicos, pues, como ha demostrado la Covid-19, la salud de la población depende de los comportamientos de todos y cada uno de los ciudadanos. Tenemos un ejemplo con las vacunas. La resistencia creciente de algunos grupos a vacunarse puede verse superada (aunque no pondría la mano en el fuego) ahora que tenemos todos los anhelos puestos en una nueva vacuna que nos libre del coronavirus.[14]

En esta misma línea, Joseph J. Fins, jefe de la División de Ética Médica del Weill Medical College de la Cornell University, situado en un contexto liberal por excelencia, reconoce sin embargo lo siguiente:

> Creo que el estrés de la salud pública, la inequidad en las comunidades, la necesidad de administrar los recursos de manera justa, nos han hecho a todos muy conscientes de que necesitamos ir más allá de la autonomía y la comodidad de la díada médico-paciente y adoptar una postura más comunitaria en relación a la asistencia sanitaria.[15]

Por supuesto, ello no supone ninguna renuncia ni a la autonomía ni a la preocupación por la relación sanitario-paciente, sino que se trata de «ir más allá» de estas cuestiones, de no quedarnos solo en estos aspectos y profundizar en las inequidades que se producen en nuestros sistemas de salud y en nuestras organizaciones sociales. Han aflorado de forma espectacular en esta situación

[14] VV. AA. La pandemia de Covid-19 vista por los expertos en bioética. En: *Bioética Complutense*. 2020, vol. 39, p. 12-13.

[15] *Ibidem*, p. 16.

extrema y sería un error gravísimo no aplicar medidas correctivas, tanto por lo que se refiere a recursos materiales y humanos como a mejoras de organización.

Conclusiones finales

Quisiera acabar haciendo referencia a algunas cuestiones concretas. Creo que existen muchos aspectos preocupantes, que requieren decisiones sin demora, como, por ejemplo:

- Mejorar la situación material y la dignificación de los profesionales sanitarios, así como reestructurar la organización sanitaria para evitar duplicidades, dispersión de la atención médica, demora excesiva en las actuaciones, reiteración de pruebas innecesarias, etcétera.
- Velar por la protección de los datos personales.
- Distribución justa de las vacunas a escala mundial.
- Unificar los criterios de las administraciones públicas y de los jueces en lo que respecta a las decisiones y a la admisión de determinadas limitaciones de derechos, comunicando adecuadamente a los ciudadanos las razones que justifican o no tales limitaciones.
- Debería penalizarse de alguna manera la difusión de «bulos» o de noticias falsas por parte de los partidos políticos, responsables de la buena gestión de lo público.
- Mejorar la formación y la información en salud pública. Los ciudadanos deben conocer la relación entre salud personal y salud pública.

La lista podría alargarse mucho más por supuesto, pero ya sería un gran paso que se iniciaran actuaciones en estos ámbitos. Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la promoción de estas cuestiones y en la denuncia de los incumplimientos de las instituciones; algunos cumplen muy bien su función de defensa de los derechos ciudadanos y de apoyo a la democracia; esperemos que aumente el número de los que cumplen con su deber.

Finalmente, una breve reflexión: no se puede exigir a los científicos un esfuerzo extraordinario en los momentos difíciles y olvidarse de ellos cuando ha pasado la marea. Hemos podido constatar de forma sensible que el futuro no es posible sin el desarrollo de la ciencia, sin el apoyo a la creación de aplicaciones en pro de la vida y de los fines pacíficos. ¿Cuándo tendremos en España un presupuesto para la ciencia acorde con el nivel económico del país? Según el Instituto Vasco de Estadística,[16] en el año 2018 la situación era la siguiente:

Tabla 2. Gasto en I+D interna – Año 2018

PAÍS	**% PIB**
Korea del Sur	4,53
Japón	3,28
Suecia	3,32
Austria	3,14
Alemania	3,12
Finlandia	2,76
Bélgica	2,68
España	**1,24**

Ahora se dice que el Ministerio de Ciencia e Innovación tendrá un presupuesto para 2022 de 3 843 millones, un 18,9 % más que el año anterior, pero estas cifras incluyen los fondos que vienen de la Unión Europea, que han aumentado mucho este año a causa de la Covid-19. El aumento de los fondos propios del Estado es de 49 millones, un 2,3 % más que en 2021. La aportación europea asciende a 1.662 millones. ¿Qué pasará en 2023 y los años siguientes?

[16] EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística. *Estadística sobre actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico-I+D* [consulta: 4 de octubre de 2021]. Disponible en: <www.eustat.eus/elementos/ele0003200/ti_Gasto_en_ID__PIB_por_pais1996-2008/tbl0003292_c.html>.

MATERNIDAD, COVID-19 Y BIOPOLÍTICA

Carme Perelló Iñiguez

Justificación

Las diferencias de gestión de los distintos Gobiernos al tomar medidas ante la pandemia del Covid-19 han hecho saltar las alarmas entre los ciudadanos y los profesionales del sector de la sanidad. Decisiones muy dispares entre Gobiernos del mismo entorno, como por ejemplo sobre el uso de la mascarilla, bajo qué circunstancias, o los cierres o aperturas de fronteras, la censura o libertad de expresión sobre los relatos de expertos fuera de las directrices gubernamentales… Posiciones en muchas ocasiones incluso contrapuestas, ante una situación similar, han hecho pensar en las motivaciones que hay detrás de ellas, más allá de la pandemia del Covid-19.

En relación con la maternidad, esto no ha sido distinto. Las posiciones de los Gobiernos tampoco han sido afrontadas de forma conjunta, y cada Gobierno ha

actuado de forma aislada, e incluso de forma contrapuesta. Por un lado, había países como México[1] que apoyaban el parto domiciliario, y por el contrario países como Reino Unido que informaban a las mujeres que, ante una complicación en un parto domiciliario, podrían no disponer de ambulancia para su traslado.[2]

Es por este motivo por lo que se hace necesaria una posición crítica y un análisis del sistema en el que estamos inmersos globalmente.

Introducción

La biopolítica es una forma de gobierno que pretende ejercer su poder mediante la gestión política de los procesos biológicos de los ciudadanos. Este poder se puede ejercer mediante la medicalización de procesos sociales como el duelo o la angustia vital,[3] pero también se ejerce mediante la judicialización o la economización.

No es por casualidad que esta forma de gobierno guarda una estrecha relación con los orígenes de la Revolución Industrial. La preocupación por la cuantificación de datos demográficos para obtener información medible que permita optimizar resultados en la producción lleva al sistema político y económico a querer controlar las cuestiones humanas, como es el caso de la reproducción humana.[4] Es decir, nos encontramos ante una forma de gobierno industrializada que busca la optimización política y económica de la sociedad.

[1] Jarman, J. Dar a luz en México bajo la sombra del Covid. Parteras y médicos batallan para ayudar a las mujeres a parir de manera segura en los días sombríos de la pandemia. En: *New York Times*. 2020. [consulta: 13 de septiembre de 2021]. Disponible en: <www.nytimes.com/es/2020/12/23/espanol/ciencia-y-tecnologia/nacimiento-covid-mexico.html>.

[2] Lovett, S.; Lintern, S. Coronavirus: las ambulancias de Londres «ya no pueden garantizar» la respuesta a las emergencias en el hogar. En: *Independent* . 2020. [consulta: 13 de septiembre de 2021]. Disponible en: <www.independentespanol.com/noticias/mundo/europa/ambulancias-londres-no-pueden-garantizar-servicio-b1778960.html>.

[3] Chirolla, G. El liberalismo como onto-tecnología de la autorregulación. Una lectura de la analítica foucaultiana de la gubernamentalidad. En: *Revista de Estudios Sociales*. 2011, núm. 39, p. 164-167.

[4] Foucault, M. *Ética, estética y hermenéutica.* Barcelona*:* Paidós, 1999, p. 97-110.

Para poder ejercer este control sobre los procesos biológicos de la población, es necesario el uso de las ciencias biológicas y de la salud. La biohistoria, la medicalización y la economía de la salud, junto con herramientas clásicas como el miedo o la manipulación, serán claves para el control social.[5] Estas son las que proporcionarán a los Gobiernos los datos necesarios y las técnicas para ejercer el poder y el control sobre la ciudadanía. La medicina, por tanto, adquirirá una mayor entidad social, ya que, como herramienta de poder, empieza a intervenir en los procesos biológicos que se desencadenan de situaciones con origen social que interfieren en la productividad de la población. La mirada medicalizada pasará, por tanto, a ser una herramienta fundamental en el control de los procesos sociales en su vertiente de impacto biológico.[6]

Debido a esta necesidad de medicalización para poder ejercer el control sobre la población, se traspasará a la población la idea de que salud y sanidad son sinónimos. Es cierto que la sanidad también se ocupa de algunos aspectos de la salud, pero en el inconsciente colectivo se ha instalado la idea de que la salud es cosa de la medicina, y se obvia la definición que aparece en la presentación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se afirma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.[7]

En estos momentos pandémicos, observamos cómo, simultáneamente, distintos campos médicos, actúan en una sinergia biopolítica.

El control de la reproducción humana y la biopolítica

En el caso que nos ocupa, la cuestión de la reproducción humana, durante la segunda mitad del siglo XX aparece una absorción masiva de los procesos de embarazo, parto y puerperio por parte de las instituciones sanitarias. Se dejan de lado las prácticas de parteras y matronas y se desprovee del significado social y cultural que tiene la preparación al nacimiento, el nacimiento y la lactancia materna. Son los ginecólogos y obstetras los que pasan a asumir el control de esos momentos. La

[5] Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira, 1996.

[6] La Valle, R. Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. Parte I. En: *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 2014, vol. 34, núm. 2, p. 68.

[7] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Acerca de la OMS*. [consulta: 18 de abril de 2021]. Disponible en: <www.who.int/es/about>.

medicalización de estos procesos produce una descontextualización y trata de estandarizarlos sin tener en cuenta la singularidad de cada mujer y cada momento de la reproducción. Se sustituyen las prácticas naturales, que respetaban los tiempos y necesidades singulares, por técnicas invasivas que desplazan aquello que nos humaniza.[8]

Esta incursión de la sanidad en los procesos reproductivos, y su consabida medicalización, se concreta en la sobrexposición de las mujeres embarazadas a pruebas diagnósticas de control, incluso para mujeres con índices de riesgo muy bajo, en partos con una alta intervención médica (cesáreas, episiotomías…), y en intervención directa en la alimentación del nacido (por ejemplo, percentiles).[9] Existe un interés por encontrar datos que den lugar a patrones y estandarizaciones. Volvemos nuevamente a ver una valoración productiva e industrializada del embarazo, parto y postparto; es decir, una valoración biopolítica.

La medicalización, como herramienta de control y de poder sobre las mujeres en el aspecto de la reproducción humana, ha llevado a creer a la sociedad que todas esas intervenciones en el proceso son necesarias para garantizar la seguridad de la madre y del nacido. Está claro que hay situaciones en las que es necesaria la intervención médica, pero esto debería ser lo excepcional[10] y no la norma, como parece que está actualmente establecido.

La norma medicalizada dictamina que las mujeres deben tener un control exhaustivo sobre su embarazo, ya que se concibe como un proceso fuera de lo normal,

[8] Sadler, M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler, Michelle; Acuña, María Elena; Obach, Alexandra. *Nacer, Educar, Sanar. Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, 2004, p. 15-66. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1>.

[9] Fabregà, M. *Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia*: tesis doctoral (tesis no publicada). Universidad de Barcelona, 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/66720>.

[10] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. [consulta: 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.

como algo que está fuera de lo natural en una mujer. Los partos deben realizarse en hospitales como si se tratara de un proceso patológico, y se considera que la alimentación materna es defectuosa o deficitaria para el nacido y por eso necesita una complementación artificial (o incluso sustitución). Viendo todas estas intervenciones, se diría que la naturaleza es incompleta. ¿Cómo ha sobrevivido la especie humana sin la medicina?

En ocasiones, estas intervenciones medicalizadas pueden complicar y crear problemas de salud a la madre y al recién nacido,[11] provocando el efecto contrario a lo que intenta hacer ver. Es el caso de la práctica desmedida de cesáreas,[12] la sobrexposición a pruebas diagnósticas que pueden crear confusión en la toma de decisiones con informaciones opuestas o poco claras, o la priorización de las leches de fórmula sobre la lactancia materna.[13]

En estos procesos volvemos a ver la confusión entre salud y sanidad, y tanto en las mujeres como en el resto de la sociedad, se naturaliza esta medicalización y en nombre de la salud se asumen intervenciones sanitarias medicalizadas que olvidan nuestra parte menos humana y por tanto nos deshumanizan.[14]

Es por tanto en el proceso de embarazo, parto y puerperio donde se ejerce más claramente un control biopolítico, a través de la medicalización, sobre la reproducción humana y por tanto sobre las mujeres.

[11] Manrique, F., et al. Amenaza de parto prematuro: ¿Diagnóstico en exceso? En: *Revista española de investigaciones quirúrgicas*. 2008, vol. 9, núm. 2, p. 59-63.

[12] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones de la OMS…, loc. cit.*

[13] Avilés, C. V. *Determinación de calcio iónico en neonatos a los que se les administra leche de fórmula en comparación con los neonatos que consumen leche materna en el Hospital Francisco de Orellana, en el período septiembre 2014-febrero 2015*: tesis de licenciatura [tesis no publicada]. Universidad Técnica de Ambato, 2015. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9403>.

[14] Irwin, S.; Jordan, B. Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. En: *Medical Anthropology Quarterly*. 1987, vol. 1, núm. 3, p. 319-334.

La salud pública como paradigma del biopoder

En este momento histórico, frente a la pandemia de Covid-19, nos encontramos con una superposición de dos intervenciones biológicas medicalizadas en la sociedad. Por un lado, la histórica intervención de la medicina en el proceso biológico natural de la reproducción humana, del cual ya hemos hablado, y por otro lado la gestión de un nuevo virus con un alto impacto socioeconómico.

El papel de los epidemiólogos y los salubristas (especialistas en salud pública) está siendo fundamental en la gestión de este momento histórico. Como lo hicieran los ginecólogos y obstetras en el caso de la reproducción, los epidemiólogos y salubristas han tomado el control del proceso medicalizado. Cierto es que en este caso sí que hablamos de una patología, no como en el caso de la reproducción, pero no han entrado en consideración otros aspectos sociales como cabría esperar en la valoración de la salud pública.

En salud pública, en la que está incluida la epidemiología, la cuestión de lo público versus lo privado ha sido una constante. Buscar ese equilibrio es la clave ética para esta disciplina médica, ya que estamos ante un conocimiento a caballo entre la vertiente médica y la social. Su interés es la salud, y recordemos la definición de salud para la OMS, donde no solo contempla la ausencia de enfermedad.

Observamos claramente, por tanto, que la salud pública, en la medida en que se ocupa de la salud de la población, tanto en el ámbito médico (cribajes, vacunación…) como en el ámbito social (sistema de salud, impacto medioambiental…), es el paradigma donde mejor se desenvuelve el biopoder que ejerce la biopolítica. Esa intersección entre la biología y las ciencias sociales no se da en ningún otro campo puramente médico, y por tanto es susceptible de manipulación política (concretamente biopolítica).

La biopolítica en salud pública se puede expresar en distintos términos según dónde y cómo pongamos el foco del poder. En una primera expresión, encontramos lo que llamará Agamben biopolítica tanática. Por otro lado, la biopolítica instrumental, como la denomina Gross. Podemos también hablar de la biopolítica tecnocientífica de Rose. Y por último de la positiva biopolítica afirmativa de Esposito.

Entenderemos como biopolítica tanática aquel ejercicio de biopoder que llega al extremo de eliminar al individuo, incluso con la muerte de este; de ahí la nomenclatura en referencia a «tanatos» (muerte). La medicina, por tanto, se ve envuelta en la segregación, determinando qué vidas son protegidas y de cuáles se puede prescindir; es decir, la medicina otorga una graduación de valor de la vida humana en favor de esa productividad de una política industrializada y biologizada. En base a un supuesto y perverso principio de justicia, se ha considerado que los recursos para la «salvación» de los pacientes con Covid-19 debían ser destinados a los que tenían más opciones de vivir una buena vida, una vida productiva; aunque detrás de esta «indudable» acción bioética tenemos a la biopolítica con su economía de la salud, con sus recortes en sanidad, privatizaciones, falta de contrataciones…[15] Las vidas humanas, por tanto, tendrán valor en tanto en cuanto sean productivas, y los profesionales deberán «exprimirse» a sí mismos para «optimizar» los recursos sanitarios.

La biopolítica instrumental será aquella que, aunque con ciertas similitudes con la biopolítica tanática, justifica acciones bélicas y violentas a pesar los acuerdos internacionales. Se considerarán acciones «justas» este tipo de intervenciones en nombre de un valor superior (pongamos por ejemplo el nazismo). En este caso, los sanitarios se convierten en herramientas de la ética militar y asumen el papel ejecutor como su deber de ciudadano. Durante la pandemia, hemos podido ver como los poderes militares, junto con los poderes médicos, se nos presentaban en los medios españoles como los agentes tácticos para limitar el impacto infeccioso del Covid-19. Una unión realmente peligrosa entre medicina y belicismo en la cual la medicina dicta lo correcto o incorrecto, y los militares y policías imponen el seguimiento bajo sanción o Estado policial; un Estado policial en el que los medios de comunicación han instigado a los «buenos vecinos» a denunciar e increpar a sus conciudadanos por sus prácticas «peligrosas». En nombre de ese valor que es la salud, obviamente una salud puramente biológica, se han obviado las consecuencias en el incremento de problemas de salud mental,[16] incremento de la pobreza, desigualdades

[15] Bandrés, E.; González, R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. En: *Cuadernos de información económica*. 2015, núm. 248.

[16] Ribot, V.; Chang, N.; González, A. L. Efectos de la Covid-19 en la salud mental de la población. En: *Rev haban cienc méd*. 2020, vol. 19, núm. S1, p. 1-11.

sociales, violencia de género…[17] ¿Cuántas veces habremos oído la palabra «guerra» en estos tiempos pandémicos?

Diremos que la biopolítica tecnocientífica es aquella que establecerá, a través de la tecnociencia, dinámicas para anular a aquellos elementos de la sociedad (humanos) que puedan perturbar su orden. La medicina expresará este biopoder a través de los procesos reproductivos, la genética, la neurociencia… todas aquellas ramas de la tecnociencia que puedan erradicar estos elementos «dañinos» para la sociedad que la biopolítica establece como deseada. Hemos podido ver cómo éramos geolocalizados por los servicios sanitarios a través de nuestros teléfonos móviles, y cómo las aplicaciones de nuestros aparatos, provistas por el Ministerio de Sanidad, nos daban un diagnóstico previo ante una posible infección, propagando la incertidumbre, el desasosiego y el miedo ante unos síntomas tan comunes.

Por último, la biopolítica afirmativa se muestra como la luz entre tanta tiniebla. Se trata de ejercer la biopolítica en beneficio para la vida. Se trata de poner en valor la vida, de ponerla en el centro, en toda forma en que ella se exprese. Ese debería ser el objetivo de la biopolítica, en tanto en cuanto la biopolítica ejerciera como tal (como gestión del bien común para todo lo viviente), y no en su carga negativa del biopoder, de la dominación.[18] Desgraciadamente, esta consideración de la vida humana como una vida no puramente biológica ha sido presentada como algo dañino, poco responsable o incluso negacionista en los medios. Se nos fuerza a obedecer las prescripciones médicas con una actitud acrítica.

Pero ante una pandemia globalizada en todos los aspectos, como es la que hemos vivido, se ha producido un fenómeno excepcional. La OMS se ha erigido como una suerte de Federación Unida de Planetas (UFP) sanitaria a lo Star Trek que ha

[17] Rodríguez-Bailón, R. Inequality viewed through the mirror of Covid-19. (La desigualdad ante el espejo del Covid-19). En: *International Journal of Social Psychology*. 2020, vol. 35, núm. 3, p. 647-655.

[18] Kottow, M. Salud Pública y biopolítica. En: *Nuevos Folios de Bioética y Pensamiento Biomédico*. 2014, vol. 2, p. 5-28.

dictado recomendaciones a todos los Estados a nivel mundial, y que estos han debido adoptar en mayor o menor medida. Es decir, la OMS se ha erigido como el Gran Hermano dictador de preceptos sanitarios.

Maternidad y Covid, la cuadratura del círculo biopolítico

Esta encrucijada entre la pandemia por Covid-19 y los procesos de embarazo, parto y posparto ha dado como resultado situaciones crueles y deshumanizadas.[19] Hemos podido conocer la experiencia de mujeres y profesionales rotas por las situaciones que han sufrido en estos tiempos.

Durante la pandemia del Covid-19, se redujeron las visitas presenciales de las mujeres embarazadas a los centros sanitarios (indicaciones protocolarias desde los estamentos sanitarios),[20] junto con pruebas diagnósticas también minimizadas. Estos datos nos pueden llevar a dos preguntas: Por un lado, ¿hemos dejado de realizar pruebas diagnósticas y/o visitas que eran necesarias para el buen control del embarazo? O, por el contrario, ¿estábamos realizando sobrediagnósticos y un exceso de controles en el embarazo? En ambos casos, la respuesta nos lleva a un aumento de la vulnerabilidad de las mujeres gestantes.

También hemos vivido cómo, en muchos centros, era prohibida la entrada de acompañantes con las mujeres que iban a dar a luz, despojando el parto de su valor social (paternidad y maternidad especialmente) para convertirlo en un mero trámite fisiológico.

---

[19] Giallorenzi, M. L. Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. En: *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2020, vol. 24, núm. 2, p. 42-56; VV. AA. Igualdad de género y violencias contra las mujeres en contextos de crisis y emergencias. XVI Seminario Internacional contra la Violencia de Género. Educación, sexualidad y perspectiva de género. En: *Eliminar obstáculos para alcanzar la igualdad*. Castellón: Universitat Jaume I/Generalitat valenciana, 2020, núm. 9. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/no-9-seminario-internacional-igualdad-de-genero-y-violencias-contra-las-mujeres-en-contextos-de-crisis-y-emergencias-educacion-sexualidad-y-perspectiva-de-genero-2020/>.

[20] Baena-Antequera, F., et al. Atención del embarazo durante la epidemia de Covid-19 ¿Un impulso para el cambio? En: *Revista Española de Salud Pública*. 2020. vol. 94, p. e1-6. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/64526>.

Hemos visto cómo estamentos sanitarios ponían entre la espada y la pared a las profesionales que veían como todo lo que se había avanzado en el parto respetado, es decir, el respeto por los derechos humanos se estaba tirando por la alcantarilla biopolítica.

Se ha ninguneado los planes de parto de las mujeres, desproveyéndolas de toda su autonomía, y por tanto sin ningún respeto hacia su dignidad personal.

Se ha separado a las madres de sus hijos e hijas para supuestamente evitar contagios, sin ningún tipo de evidencia científica, sin permitir el «piel con piel» tan importante para el bienestar de madre y nacido, obviando lo valioso de la alimentación materna...[21]

Mujeres y profesionales han sufrido en sus propias carnes cómo la biopolítica se apoderaba de todo aquello por lo que se había luchado como sociedad, ninguneando y despreciando nuestra humanidad.

Nos hemos encontrado nuevamente con la fea cara de la violencia obstétrica (VO).

Conclusión

Como vemos en ambos casos —maternidad y salud pública—, no estamos hablando de un proceso estrictamente «científico», sino que en ellos se entrelazan cuestiones sociales como la posición de vulnerabilidad de las mujeres en relación con las cuestiones de género, y en el caso del Covid-19, lo que se ha venido a llamar «sindemia», que refiere a aquellas condiciones de desigualdad social que interfieren directamente en las condiciones de la enfermedad infecciosa.[22]

Desde el biopoder que se ejerce desde la biopolítica, se ha olvidado el concepto de «pendiente resbaladiza» y no se han considerado todas las consecuencias que han ocasionado y ocasionarán en el futuro cada una de las acciones políticas llevadas a cabo; no se ha considerado ni con anterioridad a la pandemia (desigualdades

[21] Fernández-Carrasco, F. J., et al. Infección por Coronavirus Covid-19 y lactancia materna: Una revisión exploratoria. En: *Revista Española de Salud Pública*. 2020, vol. 94, p. e1-9.

[22] Horton, R. Offline: Covid-19 is not a pandemic. En: *The Lancet*. 2020, vol 396, núm. 10255.

sociales, recortes en sanidad, maltrato del planeta…) ni posteriormente (retroceso en DD. HH., restricción de los derechos civiles…). La visión productiva industrializada, explotadora y antropocéntrica de nuestra sociedad nos ha llevado a esta situación. Nos ha llevado a este momento pandémico que nos ha hecho enfermar, pero también nos ha enfermado socialmente.

Solo nos queda la resistencia, la resistencia que consiste en mantenernos como humanos. Mantener y defender nuestra humanidad como individuos y como colectivo. Quitarnos de encima la culpa que ha instalado en nosotros el biopoder, haciéndonos creer que el querer ser humano y dar valor a esta condición es egoísta e insolidario. Exijamos políticas humanas y no biologicistas deshumanizantes.

Formamos parte de un todo que debe mantener el equilibro para poder vivir, que no sobrevivir. Eso no es una vida digna ni para los humanos, ni para el resto de vida del plantea.

Seamos humanos, recordemos que no solo somos biología y que justamente aquello que nos diferencia del resto de las otras especies es justamente eso, la humanidad. Esa humanidad que nos otorga el poder de actuar de forma ética. No aceptemos la explotación, la opresión, el utilitarismo…

Cierto es que la biología es la condición de posibilidad para poder vivir una vida humana, pero la humanidad también ejerce esa condición de posibilidad, ya que sin ella nos hallamos frente a la mera supervivencia y no ante la vida humana.

REFLEXIONES SOBRE GESTACIÓN Y PANDEMIA. PERSPECTIVA PROFESIONAL

Manel Carreras Martínez

Júlia Martín Badia

Introducción

Pocas cosas en la vida nos han tomado tan por sorpresa a los profesionales sanitarios como la pandemia por Covid-19. De la noche a la mañana nuestra cotidianidad se transformó como quien la da la vuelta a un calcetín. El hospital se volvió un lugar silencioso, donde todo el mundo iba cabizbajo, triste y trabajando sin parar. Teníamos que lidiar con el miedo que se acrecentaba por momentos entre la ciudadanía y, a la vez, con nuestro propio sufrimiento, con nuestras propias inseguridades y con nuestros miedos, que se apoderaban de nosotros hasta en los momentos de descanso: *¿Contagiaré a mis seres queridos cuando vuelva a casa? ¿Aguantaré tan largas jornadas sin un horizonte final al que agarrarme? ¿Lograré compaginarlas con el cuidado de mis hijos, a los que voy a tener que hacer de maestro mientras no reabran los colegios? ¿Conseguiremos salvar a nuestros mayores? ¿Y si empiezan a fallecer pacientes jóvenes o enferman mis compañeros? ¿Cómo lo gestionaremos emocionalmente?* En fin, y como reza la canción que se convirtió en himno de la pandemia, *¿resistiremos?*

Y resistimos. Pero ya no volvimos a ser los mismos, ni nosotros ni el hospital. Tuvimos que reinventar nuestro rol. Hubo cambios, retrocesos y, a pesar de todo, también aprendizajes. Empecemos por las malas noticias y dejemos las buenas para el final.

Los retrocesos se produjeron respecto a los esfuerzos y avances que se vienen haciendo en los últimos años para humanizar la asistencia al parto.[1] La humanización de la asistencia se puede definir como la atención centrada en la persona, basada en un modelo relacional de cuidados, que incide en el espacio, el tiempo, la actitud y los procedimientos para prestar una atención biopsicosocial a los pacientes que les haga sentirse confortables y tratados de forma integral. Veamos, pues, cómo la pandemia impactó en cada uno de estos cuatro aspectos: espacio, tiempo, actitud y procedimientos.

Impacto de la pandemia en la humanización de la asistencia al embarazo y parto

Espacio

La pandemia provocó tres cambios de espacio. El primero fue un cambio de «casa». La palabra «hospital» comparte raíz con «hospitalidad», lo que significa que los profesionales debemos ser hospitalarios por cuanto somos los anfitriones del encuentro con los pacientes, quienes deben sentir el hospital como su propia casa o, mejor, como su hogar, un lugar de recogimiento, acogimiento, cura y proximidad.[2] Sin embargo, desde los primeros días llegó la noticia de cierre del área materno-infantil y los partos se centralizaron todos en otro hospital. En el Parc Sanitari Sant Joan de Déu se centró toda la asistencia en las personas afectadas por Covid, con lo que las mujeres embarazadas y las salas de partos pasaron a un segundo

[1] Lanero, S.; Lanero, A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. En: *Matronas Profesión*. 2020, vol. 21, núm. 2, p. 54-61; Llobera Cifre, R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. En: *Matronas Profesión*. 2018, vol. 19, núm. 1, p. 12-20; Biurrun-Garrido, A.; Goberna-Tricas, J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. En: *Matronas Profesión*. 2013, vol. 14, núm. 2, p. 62-66.

[2] Esquirol, J. M. *La resistència íntima*. Barcelona: Quaderns Crema, 2015.

plano. Una parte de las matronas y ginecólogos nos desplazamos al otro hospital. Nuestra percepción fue como si nos echasen de nuestra casa y tuviésemos que ser anfitriones de un lugar extraño. Aun así, dadas las circunstancias, la nueva organización fue bien aceptada, y pese a las dificultades de adaptación a otra forma de trabajar, la ayuda por parte de todos los compañeros fue magnífica y nos hicieron sentir «como en casa».

En cuanto a las pacientes del Parc Sanitari, se intentó que siguieran sintiendo el hospital como «su casa», «su hogar», manteniendo abiertas las consultas externas y las ecografías obstétricas en el hospital para que el control de las mujeres embarazadas se resintiera lo menos posible. No obstante, el hecho de comunicar que el parto no se podría asistir en el lugar en el que ellas tenían previsto no siempre fue bien recibido.

Un segundo cambio de espacio surgió con la teleasistencia, que sustituyó el espacio físico por el virtual. Ello comprometió el correcto control de la gestación en muchos aspectos, a la vez que afectó la relación asistencial porque dificultó la comunicación con las pacientes y sus familiares. La comunicación no verbal, que incluye la expresión de emociones, es fundamental en el control de la gestación y en la atención al parto, porque es lo que ayuda a la mujer a forjar un vínculo de confianza con el profesional que la atenderá. La mujer debe confiar en que la mirada del profesional hacia su cuerpo no será cosificadora, sino respetuosa, para no sentir vergüenza[3] sino confianza en sí misma. No obstante, la transmisión de noticias relacionadas con el embarazo por vía telemática, sin proximidad, sin presencia, nos coartó de forma importante este proceso comunicativo y de vinculación.

El tercer cambio de espacio lo protagonizaron las propias pacientes: el miedo al contagio llevó a muchas mujeres a querer cambiar el hospital por su

[3] Cohen-Shabot, S.; Korem, K. *Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

domicilio, a juzgar por los datos, que evidencian que cayeron los ingresos por parto y se triplicaron las peticiones de parto en casa.[4]

Sin embargo, como decíamos al inicio de este capítulo, no todo son malas noticias; la pandemia también ha traído cambios positivos. La necesidad que hubo de replantear procedimientos y elaborar nuevos protocolos en veinticuatro horas ha fomentado, en los profesionales, la capacidad de adaptación a los cambios; la telemedicina seguramente ha llegado para quedarse, por lo menos en algunos aspectos, ya que permite agilizar gestiones administrativas; y el parto en casa ha resultado ser una buena opción en los partos de bajo riesgo, no solo para evitar contagios, reducir angustias en la madre y garantizar su acompañamiento por la pareja durante todo el proceso, sino también para reempoderar a la mujer y devolverle el protagonismo y el saber sobre el parto que la medicalización de dicho proceso le arrebató.[5]

Tiempo

Ramon Bayés [6] sostiene que un mismo período de tiempo es vivido como más largo o más corto en función del bienestar o malestar de la persona, en la medida en que el bienestar acorta el tiempo y el malestar lo alarga. En este sentido, defiende que en medicina hay dos tiempos: el tiempo del profesional, que es el tiempo del presente, un tiempo acelerado, marcado por las exigencias inherentes a tener que atender a muchos pacientes con poco tiempo y pocos medios; y el tiempo del paciente, que es el tiempo del futuro, un tiempo de espera, de incertidumbre sobre el diagnóstico y el pronóstico y, por tanto, un tiempo de miedo y amenaza. Cabe decir que la pandemia ha hecho que, en cierto sentido, ambos tiempos se mezclaran: el profesional ha

[4] Costa-Abós, S.; Behaghel, M. Parir en casa en tiempos de coronavirus. En: *Musas*. 2020, vol. *5*, núm. 2, p. 4-22

[5] Lázare-Boix, S. Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona. En: *Musas*. 2016, vol. 1, núm. 1, p. 3-15; Olza, I., et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. En: *BMJ Open*. 2018, vol. 8, núm. 10, p. e020347.

[6] Bayés, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte.* Barcelona: Martínez Roca, 2001.

percibido el miedo y la amenaza de un futuro incierto, y los pacientes han vivido en un presente acelerado por los cambios constantes de protocolos y normativas.

En lo que a la asistencia al embarazo y parto se refiere, los pacientes vieron disminuido el tiempo que los profesionales les podían dedicar. Por un lado, se suspendió una gran cantidad de actividades (la escuela de madres y padres, las reuniones informativas que hacían las matronas del hospital a las mujeres embarazadas, el taller de lactancia...). Eran actividades que promovían capacidades de autocuidado y de cuidado del bebé, y que gustaban mucho a las pacientes. Por otro lado, los controles ambulatorios del embarazo se redujeron a la mínima expresión, la mayoría de las mujeres tuvieron grandes dificultades para contactar con sus ambulatorios y muchos de los seguimientos fueron insuficientes.

En la vertiente positiva, cabe resaltar que hemos aprendido la importancia de diferenciar entre el tiempo de la medicina asistencialista (tiempo de reloj) y el tiempo del modelo de atención centrada en la persona (tiempo de proceso).[7] En el tiempo de reloj se prestan curas rápidas, marcadas por los horarios y las cronologías de tareas, y acaba por haber una «deuda de tiempo», ya que el profesional tiene la sensación de «no llegar a todo ni a todos». En cambio, el tiempo de proceso nos insta a proporcionar una cura lenta, por cuanto es un tiempo centrado en la persona y en nuestra relación con ella. No olvidemos que las personas somos nuestras relaciones —de ahí la importancia de entender la autonomía en sentido relacional—, de modo que el mismo hecho de dedicar tiempo, esto es, de establecer una relación, de «estar ahí», ya cuida.

Actitud

Atendiendo a la propia experiencia y a la bibliografía existente, podemos decir que el proceso de embarazo y parto tiene una doble dimensión emocional y racional.[8] Los profesionales que acompañan este proceso deben promover y respetar ambas

[7] Rushton, C.; Nilsson, A.; Edvardsson, D. Reconciling concepts of time and person-centred care of the older person with cognitive impairment in the acute care setting. En: *Nursing Philosophy*. 2016, vol. 17, p. 282-289

[8] Boladeras Cucurella, M.; Goberna Tricas, J. *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Edicions UB, 2016.

dimensiones, lo que requiere que haya una cultura organizacional ética que vaya en esta línea.

La dimensión racional del proceso de embarazo y parto tiene que ver con empoderar a la mujer, promoviendo una toma de decisiones compartida[9] en la que se respete su derecho a decidir cómo quiere que sea su parto y, por tanto, su derecho a ser informada y a que se le pida el consentimiento para todas las intervenciones que se van a llevar a cabo en su cuerpo. Sin embargo, en los inicios de la pandemia, la prioridad de la reducción de contagios, así como el desconocimiento acerca del comportamiento de la enfermedad, hicieron saltar por los aires muchos de los derechos de los pacientes en todos los ámbitos, no solo en el servicio de ginecología y obstetricia. La situación de desconocimiento, miedo y descontrol de los primeros meses provocó un paternalismo fatal. Aquello de «en momentos excepcionales, decisiones excepcionales» condujo a actitudes de prohibición de casi todo y nos llevó de vuelta al modelo asistencial biocéntrico que ya creíamos superado.

Esta actitud paternalista surge de tomar por ciertas cuatro creencias que no lo son.[10]Aplicándolas a la atención al parto en un contexto de crisis sanitaria, se trata de: 1) creer que la mujer en proceso de parto y con miedo al contagio es demasiado vulnerable como para poder definir sus intereses; 2) creer que, por ello, sin intervención del profesional, tomaría malas decisiones que la pondrían en riesgo a ella y a su bebé; 3) creer que, por tanto, limitar su autonomía es un mal menor que el de dejarla decidir; y 4) creer que el profesional y las autoridades sanitarias, responsables de decretar las medidas de prevención, saben mejor que ella lo que le conviene en un proceso de parto llevado a cabo en un contexto de crisis sanitaria. Asumir estas cuatro creencias provocó que se vulnerara el principio de autonomía o de respeto por las personas, en la medida en que las mujeres se vieron privadas

[9] Perriman, N.; Lee Davis, D.; Ferguson, S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. En: *Midwifery*. 2018, vol. 62, p. 220-229; Begley, K., et al. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. En: *J Eval Clin Pract*. 2019, vol. *25*, núm. 6, p. 1113-1120.

[10] Ferrater Mora, J.; Cohn, P. *Ética Aplicada. Del aborto a la violencia.* Madrid: Alianza Editorial, 1991; Alemany, M. Paternalismo. En: *Eunomía. Revista en Cultura de La Legalidad*. 2017, vol. 12, p. 199-209.

de su derecho a poder escoger dónde y cómo querían seguir el control de su embarazo (qué tipo de asistencia querían), lo que repercutió en los derechos de las parejas y de los recién nacidos.

La parte positiva fue que surgieron iniciativas para intentar preservar la autonomía de las mujeres y el respeto a sus preferencias, como la del grupo Amamanta, en la Comunidad Valenciana, que elaboró un Anexo al Plan de Parto[11] con especificaciones relativas a cómo quieren las mujeres ser atendidas en su proceso de parto en contexto Covid.[12]

En cuanto a la otra dimensión del parto, el acompañamiento emocional de las mujeres fue deficiente a consecuencia de las dificultades de comunicación que generaron las EPIs. Por un lado, médicos y pacientes no podíamos «vernos las caras» o, mejor dicho, «los rostros». El matiz es importante: todos tenemos cara, pero el rostro es individual y es lo que nos hace reconocibles. Decía Lévinas que el rostro del otro vulnerable es lo que nos hace «sujetos», en la medida en que nos mantiene «sujetos» a él, nos insta a atender, a hacernos cargo de su vulnerabilidad.[13] La función de los profesionales asistenciales es, esencialmente, atender a personas vulnerables, y el parto es un momento de gran vulnerabilidad, pero realizar una consulta o asistir un alumbramiento con un EPI completo marcaba una distancia con la paciente a veces insuperable, que además aumentaba su sensación de soledad. Transmitir calidez para hacerla sentir confortable en un momento tan importante como el parto se convertía en una misión prácticamente imposible, porque la mascarilla impedía que percibiera nuestra expresividad facial, y las palabras, por si solas,

[11] El Plan de Parto es un documento escrito en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento (Véase: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España, 2007. [consulta: el 15 de junio de 2021]. Disponible en: <www.elpartoesnuestro.es/recursos/m-sanidad-estrategia-de-atencion-al-parto-normal-en-el-sns>; Departament de Salut. *Protocol per a l'assistència natural al part normal. Generalitat de Catalunya*. Generalitat de Catalunya, 2007. [consulta: 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1202>.

[12] Amamanta. Plan de Parto en tiempos de Covid-19. En: *Amamanta* [web], 7 de abril de 2020. [consulta: 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://amamanta.es/2020/04/plan-de-parto-en-tiempos-de-covid-19/>.

[13] Lévinas, E. *Ética e infinito.* Madrid: Visor, 2000. [1982].

no alcanzaban a sustituir el contacto físico y la riqueza de expresiones y conductas no verbales que puede mostrar el rostro humano.

Según Josep Maria Esquirol, la vulnerabilidad, y por tanto la necesidad de calidez, tienen que ver con otra capacidad esencialmente humana: la capacidad de sentir. Y de sentir que sentimos. En momentos de vulnerabilidad no solo sentimos miedo e incertidumbre; también «nos sentimos» heridos, enfermos o decepcionados. Y «sentimos» frío, calor, malestar o incomodidad. Un símbolo paradigmático del sentir es la piel. Por eso decimos que alguien «tiene la piel fina» o que «tiene la sensibilidad a flor de piel».[14] Y por eso, el «piel con piel» es tan necesario entre la madre y el recién nacido, como entre el profesional y la paciente, porque el (con)tacto da calidez y ayuda a soportar la vulnerabilidad. Sin embargo, las EPIS sustituyeron la piel por el plástico.

Tuvimos que acompañar a mujeres con miedo al contagio, propio y de su bebé, para quienes, además, mostrar su cuerpo ya no era solo ejercer una «intimidad compartida» con el profesional, sino que suponía también asumir su «intimidad expuesta» al riesgo de contagio. Todo ello suponía, para las mujeres, una vulnerabilidad añadida a la inherente al proceso de parto, lo que, para ellas, especialmente para las madres primerizas, era emocionalmente complejo de gestionar.

En definitiva, tuvimos que acompañar un proceso racional y emocional sin información (evidencia científica sobre los efectos del Covid en el embarazo y en recién nacidos), a la vez que sin rostro y sin con-tacto. Aun así, pensando en positivo, apareció un vínculo invisible, de gran robustez, entre todos los profesionales, donde no hacía falta pedir ayuda para que todos extendieran su mano, generándose así una relación de solidaridad entre los compañeros. El término «solidaridad» viene de «solidez», la cual es muy necesaria para la atención a las persones vulnerables, por cuanto «vulnus» significa «herida» y, por lo tanto, la persona vulnerable es la que está «frágil», «débil», «in-fermus» (no firme, enferma). La solidaridad

[14] Esquirol, J. M. Filosofía de la vulnerabilidad: una reflexión sobre la esencia de la vida humana. En Prats, A. M. (presidencia). *Presentación del «Libro de Casos» del Comité de Ética de Intervención Social (CEIS) de SJD*.3 de febrero de 2021. [conferencia virtual]

como estrategia para la atención a la vulnerabilidad nos llevó a agudizar nuestra creatividad, por ejemplo, buscando nuevas formas de comunicar-nos con los pacientes que superaran las barreras impuestas por las EPIs. Con ello, logramos algo tan bonito como aprender a sonreír con la mirada.

Procedimientos

La cuarta y última dimensión de la humanización de la asistencia son los procedimientos. En bioética decimos que lo que importa no son tanto los resultados, como los procedimientos, porque estos determinan y, por lo tanto, fundamentan los resultados. Esta idea es válida tanto para el procedimiento de la deliberación ética (donde el resultado es la recomendación que se hace al profesional que consulta un problema ético), como para el propio ejercicio profesional (donde hay que tener en cuenta tanto los resultados clínicos como el grado de satisfacción de las personas atendidas).

También aquí hubo vulneraciones de derechos, empezando por el derecho de las mujeres a tener un acompañante en las visitas en consultas, durante el parto y durante el ingreso posterior en el hospital.[15] Las mujeres enfermas por Covid y sus bebés vieron vulnerado su derecho recíproco a estar en contacto directo después del parto,[16] debido a que había que mantener una distancia de seguridad entre ambos. El desconocimiento de la enfermedad hizo incluso llegar a plantear cuál era la vía de parto más adecuada, en qué momento había que cortar el cordón umbilical o si era o no conveniente mantener la lactancia materna si la madre estaba enferma por Covid.[17] También cabe mencionar que el número de cesáreas aumentó,[18] con

[15] Matas Rodríguez, C.; Del Fresno Serrano, M. A.; Del Fresno Serrano, E. Parir acompañada en tiempos de Covid-19. En: *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021, vol. 2, núm. 2.

[16] Matas Rodríguez, C.; Del Fresno Serrano, M. A.; Del Fresno Serrano, E. La importancia del piel con piel inmediato. En: *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021, vol. 2, núm. 2.

[17] Matas Rodríguez, C.; Del Fresno Serrano, M. A.; Del Fresno Serrano, E. Lactancia y covid-19. En: *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021, vol. 2, núm. 2.

[18] Carrasco, I., et al. SARS-COV-2 infection in pregnant women and newborns in a Spanish cohort (GESNEO-COVID) during the first wave. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021, vol. 21, núm. 1, p. 1-10.

lo que se deberá investigar si llevó aparejado un aumento de prácticas constitutivas de violencia obstétrica.[19]

Y también aquí hubo aprendizajes positivos, como el hecho de que siempre es mejor tener un protocolo imperfecto y mejorable, que no tenerlo. El criterio profesional, el sentido común, la sensibilidad ética y la toma de decisiones personalizadas y contextualizadas siempre irá por delante de la aplicación inflexible de un procedimiento hecho por una autoridad nacional que no puede conocer los pormenores de cada hospital, pero tener un puente en medio de aguas turbulentas siempre es mejor que nadar a contracorriente.

¿Y los profesionales, cómo lo vivieron?

La gestión de la pandemia por Covid-19 tuvo un importante impacto emocional en los ginecólogos y obstetras, que sufrieron, como todos los profesionales, estrés ético, fatiga por compasión y el síndrome del profesional quemado (*burnout*). Aunque parezcan conceptos sinónimos, no lo son.

El estrés ético es la situación que vive el profesional cuando se enfrenta a dilemas éticos, como por ejemplo en relación con los criterios de cribado de las mujeres con embarazos de riesgo para recibir atención médica (ponderación del riesgo inherente al embarazo con el riesgo de contagio en el hospital, priorización de mujeres embarazadas que fueran personal esencial) o en relación con las decisiones entorno a la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres enfermas de Covid.[20]

La fatiga por compasión es la situación que vive el profesional a consecuencia de ser testigo del sufrimiento de otros, lo que se agrava cuantas más personas ve sufrir y cuanto más sufren estas personas. En este sentido, se observó que las mujeres embarazadas con Covid tenían mayor probabilidad de desarrollar enfermedades

[19] Goberna-Tricas, J.; Boladeras-Cucurella, M. (eds.). *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, 2018.

[20] Cabrera Lozada, C.; Gómez, J.; Faneite Antique, P. Coronavirus, atención maternofetal y bioética. En: López-Loyo, E. S.; Urbina Medina, H. (eds.). *Colección Razetti de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela*. Vol. XXIV. Caracas: Editorial Ateproca, 2020, p. 211-232.

graves que las no gestantes, así como que el Covid aumentaba el riesgo de prematuridad y de resultados adversos en los partos.[21]

Y el síndrome del profesional quemado (*burnout*) es la situación que vive el profesional cuando siente que las exigencias laborales superan su capacidad de respuesta, bien porque, debido al creciente número de pacientes, se ve obligado a tratar personas con Covid sin ser neumólogo, bien por los propios cambios organizativos, procedimentales y de ritmos y rutinas, inherentes a la irrupción de una crisis global de salud pública.

Crónica de una crisis ética impredecible (y conclusiones)

La pandemia por Covid-19 ha impactado negativamente en las cuatro dimensiones de la humanización de la atención sanitaria, también en la atención al embarazo y parto: espacio, tiempo, actitud y procedimientos. Ello demuestra que humanizar la profesión sanitaria es una tarea permanente. No se llega nunca a una situación de «plena humanización»: lo que sea «humano» e «inhumano» se define y redefine continuamente a medida que la sociedad evoluciona y que surgen nuevos problemas y nuevas posibilidades. Por ello debemos seguir aunando esfuerzos en esta dirección y, sobre todo, no dar pasos atrás.

Para intentar revertir los pasos atrás, los déficits de humanización que se dieron en la atención al embarazo y parto durante la pandemia por Covid-19, surgió la necesidad de pensar cómo conjugar el respeto a la autonomía de las mujeres y los derechos de ellas, de sus parejas y de los recién nacidos, con la responsabilidad profesional para con el bien (beneficencia) y la seguridad comunes.

Las primeras medidas se tomaron como precaución y con miedo hacia lo desconocido, pues se trataba de una enfermedad nueva que debíamos gestionar en una

[21] Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. *Investigación del impacto del COVID-19 durante el embarazo*. 13 de mayo de 2021. [consulta: 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/pregnancy-data-on-covid-19/what-cdc-is-doing.html>.

situación nunca antes vivida. Fueron medidas que priorizaron la salud de las pacientes por delante de su libertad. Ciertamente, se coartaron muchos derechos (se coartó la autonomía) bajo la legitimación de la seguridad (de la no-maleficencia).

Sin embrago, enseguida nos dimos cuenta de que no podíamos caer en la rigidez y actitud acrítica de priorizar el imperativo legal y prohibirlo todo en base a una seguridad mal entendida. En un proceso con una importante dimensión emocional, como es el de embarazo y parto, la seguridad de las mujeres no puede medirse solo por criterios clínicos, también debe medirse por criterios de bienestar subjetivo, que tienen que ver con el vínculo de confianza con el profesional, el hecho de sentirse tratadas de forma integral y, aunque tenga que limitarse, también con la preservación de su capacidad de decisión. Pero aplicar este concepto de seguridad en un contexto de crisis sanitaria global entraña muchos problemas. Y con ello entramos en un desierto ético con riesgos para, como siempre, los más vulnerables: la madre y el bebé.

Con el tiempo hubo un descenso de la prevalencia, se dispuso de más material y aumentó el conocimiento sobre el comportamiento y el manejo de la infección por Covid-19. Eso dio un poco de sosiego y permitió definir un término medio: la responsabilidad compartida como forma de conjugar, por un lado, la autonomía individual de las pacientes y, por el otro, la salud pública por la que tienen que velar los profesionales. Los profesionales debemos respetar la autonomía de las personas dentro de los límites establecidos por el bien común y la ética cívica, que nos dicta los mínimos insoslayables de humanización; y, a la vez, debemos hacer pedagogía para que las personas ejerzan su autonomía de forma responsable y solidaria, aceptando las restricciones y medidas de prevención cuando no vulneren su dignidad e integridad.

Hoy en día, sigue habiendo medidas excesivas. Parece como si nos hubiéramos acomodado y las «medidas excepcionales para situaciones excepcionales» se estuvieran convirtiendo en la «nueva normalidad». Parece que todo el camino recorrido

y todos los avances conseguidos en la atención respetuosa de las mujeres embarazadas se hubieran borrado y que el proceso de restituirlos tal y como estaban antes de la pandemia se presente como una carrera de obstáculos.

Sin embargo, como dicen los ingleses, cada nube tiene un rayo de plata. La pandemia por Covid-19 no solo ha llevado retrocesos, también ha generado aprendizajes: el desarrollo de la capacidad de adaptación, las ventajas de la telemedicina y del parto en casa, la diferencia entre el tiempo de reloj y el tiempo de proceso, las estrategias de creatividad comunicativa, la importancia de la cohesión de equipo y la solidaridad entre profesionales, la necesidad de adaptar el Plan de Parto al contexto de pandemia para no arrebatar la capacidad de decisión a las mujeres embarazadas, y la necesidad de tener protocolos entendidos como puntos de partida (nunca como metas).

Reflexiones finales

Debemos tomar lecciones de todo lo ocurrido durante este largo y difícil año y ser autocríticos con algunas de las decisiones tomadas para no volverlas a tomar. La pregunta es cómo. No se trata solo de resistir, como reza la canción. No podemos limitarnos a ir sobreviviendo, a ir poniendo parches, pensando que «después de un día viene otro» y que tarde o temprano «esto se acabará», porque el coronavirus seguramente ha venido para quedarse o, por lo menos, para quedarse mucho tiempo.

No se trata, pues, de resistencia. Se trata de resiliencia, a cuyo desarrollo pueden ayudar estos tres bloques de preguntas:

- ¿En qué cosas positivas de mí mismo (como profesional, equipo u organización) me he reafirmado? ¿Qué he recibido o qué se ha esperado de mí y me ha gustado?
- ¿Qué cosas positivas de mí mismo (como profesional, equipo u organización) he constatado que debo cambiar? ¿Qué he recibido o qué se ha esperado de mí y no me ha gustado?

- ¿Qué cosas positivas de mí mismo (como profesional, equipo u organización) he descubierto en esta crisis? ¿Qué no he recibido o no se ha esperado de mí y me hubiera gustado?

La resiliencia es la cualidad de los materiales que, por mucho que se deformen, recuperan su forma original, aún con las marcas de la deformación. Más allá de sobrevivir, debemos querer recuperar el bienestar personal y la satisfacción en el ejercicio profesional. Para ello, debemos aprender de la experiencia vivida, sin olvidar los errores (las marcas de la deformación) y, lejos de dejar que la realidad nos cambie la forma de actuar, debemos ser protagonistas de cambios reales que permitan, ahora y en futuras crisis, compatibilizar la seguridad hospitalaria con la atención respetuosa a las mujeres gestantes. Solo así lograremos preservar el bien común y responder adecuadamente a las necesidades asistenciales sin comprometer los avances en la humanización de la asistencia a las mujeres embarazadas.

REFLEXIONES BIOÉTICAS EN TORNO A LA VULNERABILIDAD DE LA MATERNIDAD Y EL NACIMIENTO EN PANDEMIA

Javier Jiménez Flores

Dar a luz en tiempos de pandemia nunca ha sido una situación exenta de conflictos éticos, de incertidumbres, de miedos ante lo desconocido y de peligros para la salud, e incluso para la vida, de las mujeres gestantes y los recién nacidos (RN, de aquí en adelante). Para entender las particularidades y las implicaciones éticas de la actual pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (la enfermedad de la Covid-19) en España, se hace necesario plantear distintas preguntas para motivar un marco teórico-reflexivo que las aborde. A lo largo de este texto se desarrollarán las diversas formas de vulnerabilidad identificadas tanto de las mujeres-madres, los recién nacidos, como de los profesionales que dispensan una atención sanitaria maternal y neonatal. Para ello, este escrito se estructura en dos partes: una primera parte para situarnos históricamente y una segunda parte de desarrollo de las implicaciones éticas de la pandemia.

Antecedentes históricos

En primer lugar, es menester pararnos a pensar sobre la atención al parto: ¿De dónde partíamos? El contexto histórico del siglo XX nos ayuda a comprender cómo

han cambiado las circunstancias, las concepciones, los saberes y los quehaceres respecto a dar a luz en un contexto de pandemia. Entre 1900 y 1950 se produjeron la mayor parte de los cambios acelerados que la humanidad ha vivido. A principios del siglo XX, habitualmente, los partos se producían en los hogares con la asistencia de otras mujeres con experiencia. Paulatinamente se produjo un proceso de institucionalización y medicalización del parto en los hospitales. Uno de los primeros países donde se inició este cambió fue en Estados Unidos. En 1900 solo el 5 % de nacimientos se producían en hospitales, en 1921 eran más del 50 % y en 1940 se alcanzó el 90 % de nacimientos en hospitales.[1] No obstante, la atención al parto y, por ende, al nacimiento en los hospitales por parte de obstetras, comadronas y pediatras propició la génesis y el desarrollo de la atención especializada de las mujeres puérperas, los RN enfermos, con malformaciones y situación de prematuridad. Veamos algunos hechos históricos: en 1914 se inauguró la primera unidad del mundo para el cuidado exclusivo de RN prematuros en el Chicago's Michael Reese Hospital, en Estados Unidos. Esto supuso un aumento del conocimiento a la atención y supervivencia de los RN prematuros;[2] durante la década de 1920 se propició la expansión de las *nursery* (enfermería de RN); como consecuencia de la institucionalización del parto en los hospitales,[3] en 1943 aparece el término «alojamiento conjunto». No todos los profesionales estaban de acuerdo con la separación de los RN de sus madres en las *nursery*, debido a las dificultades observadas en el amamantamiento y, en ocasiones, un cierto desapego;[4] en 1949 se comienza a poner a los RN encima de sus madres para realizar el contacto «piel con piel» de una a una hora y media después del parto. Se adquiere mayor seguridad y conciencia de los beneficios del contacto entre el RN y su madre después del parto;[5] en 1958 se

[1] Lussky, R. C., et al. A History of Neonatal Medicine – Past Accomplishments, Lessons. Learned and Future Challenges. Part 1 – The First Century. En: *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*. 2005, vol. 10, núm. 2, p. 76-89.

[2] Hess, J. H.; Lundeen, E. C. *The premature infant: its medical and nursing care*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1941.

[3] Lussky, R. C. et al., *loc. cit.*

[4] Regina, U.; De Miranda, A. Historia do alojamiento conjunto / Rooming-in history. En: *Jornal de Pediatria (Río de Janeiro)*. 1999, vol. 75, núm. 1, p. 5-10.

[5] Banfield, E. General reactions of mothers and nurses to rooming-in. En: *American Journal of Public Health and Nations Health*. 1948, vol. 38, núm. 5., p. 689-695.

publica los resultados de Bowlby acerca del vínculo madre-hijo y el apego. Por primera vez se genera evidencia científica de las consecuencias negativas de separar al RN de su madre, lo que supuso un cambio de paradigma en la atención al parto y al nacimiento;[6] etc.

En el caso de España, todos estos cambios anteriormente mencionados aparecen *a posteriori*. En la década de 1930 los partos tenían lugar casi exclusivamente en los hogares, algunos con atención profesional y otros con atención no profesional. Pocas mujeres gestantes de familias humildes podían permitirse dar a luz en casa asistidas por médicos o matronas, excepto las conocidas como parteras (sin formación reglada y no remuneradas).[7] Únicamente las clases altas tenían domicilios con servicios tales como agua corriente… que permitían asistir los partos de forma adecuada con todos los materiales necesarios, tanto para atender el nacimiento como para afrontar cualquier imprevisto durante el alumbramiento. Esta situación se mantuvo durante tres décadas más, hasta la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963[8] (donde se generalizó la cobertura sanitaria a toda la población), poco a poco aumentó el número de hospitales maternales o de residencias construidas con servicios de atención a la maternidad, así mismo surgieron las primeras unidades de neonatología. En la España rural de finales de los años sesenta, las parteras aún eran reconocidas y muy valoradas por parte de la sociedad española. Tal y como nos rescatan de la historia Andina y Siles (2015):[9]

> Los vecinos confiaban más en ella que en los sanitarios hasta el punto de que, si por cualquier motivo no podía atender un parto, acudiendo en su defecto el practicante, a su regreso era reclamada por las parturientas para que se cerciorara de que todo estaba correcto.

[6] Moneta, M. E. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. En: *Revista Chilena de Pediatría*. 2014, vol. 85, núm. 3, p. 265-268.

[7] Andina, E.; Siles, J. La historia de una «partera» en la España rural de mediados del siglo XX. En: *Index de Enfermería*. 2015, vol. 24, núm. 1-2, p. 81-85.

[8] Boletín Oficial del Estado. *Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social*. [consulta: 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1963/12/30/pdfs/A18181-18190.pdf>.

[9] Andina, E.; Siles, J., *loc. cit.*

Respecto a dar a luz en pandemias pasadas (como el virus influenza A subtipo H1N1 de 1918-1920, poliovirus de 1952-1955 y el virus de la inmunodeficiencia humana de 1981), sabemos que aumentaron los riesgos para la salud de las mujeres gestantes y los RN (incremento de abortos espontáneos, prematuridad y mortalidad materno-infantil) y se aprendieron formas distintas de abordarlas (restricciones, aislamientos, cuarentenas, intentos de evitar la transmisión vertical y horizontal, o la vacunación).[10] Como hemos visto a nivel histórico, mientras que en Estados Unidos entre 1910-1960 se produjo un cambio y modernización en la atención al parto y al nacimiento, en España estos se concentran entre 1960 hasta final de siglo XX (lo que favoreció a una drástica disminución de la morbimortalidad materno-infantil). Ateniendo a nuestro contexto político-sociocultural, partíamos de una larga, lenta y dificultosa transformación. La precariedad de la atención al parto y el miedo inicial a confiar en los profesionales sanitarios en hospitales acarrearon el sometimiento de los medios tradicionales, los hábitos y las creencias populares y religiosas. La mujer-madre pasó de la confianza, el acompañamiento familiar en intimidad y la privacidad del hogar, a «normalizar» el parto en el sistema sanitario de expertos, en aras de una mayor seguridad para ella y el RN. Recordemos que el modelo de atención predominante en los hospitales era el basado en el paternalismo, propio de un sistema patriarcal, donde la decisión sobre el bien del paciente recae en el bien que considera el médico. Más aún en ellas, consideradas un grupo de riesgo entre la población vulnerable.[11] Dentro de los cambios acelerados y que en pocas décadas ha experimentado la sociedad española en relación con la atención asistencial materno-infantil, el más importante ha sido la conversión del paradigma paternalista al autonomista, según el cual la persona-paciente es reconocida como un sujeto activo de derechos y deberes que es capaz y competente para tomar libremente decisiones y elegir, debidamente informada, sobre su proceso de salud de una forma autónoma y responsable.

[10] Jiménez, J.; Román, B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. En: *Revista de Bioética y Derecho*. 2020, vol. 50, p. 167-188.

[11] Cabrera, C.; Gómez, J.; Faneite, P. Coronavirus, maternal fetal care and bioethics. En: *Gaceta Médica Caracas*. 2020, vol. 128, núm. 2, p. 289-300.

Implicaciones éticas de la pandemia

En segundo lugar, después de medio siglo en España en que el parto fue más frecuente en los hospitales hasta la irrupción de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (la enfermedad de la Covid-19), conviene que nos hagamos la siguiente pregunta: ¿Qué ha implicado éticamente? Nos encontrábamos en un tiempo de grandes avances y logros en aspectos bioéticos y derechos humanos, derivado de un Estado del bienestar y una sociedad democrática, plural y secular que reclamaba cada vez más derechos, libertades y autonomía. Dar a luz en esta segunda década del siglo XXI era sinónimo de gestaciones altamente controladas y protocolarizadas, con una gran concienciación ante formas de proceder paternalistas, abusivas e incluso consideradas como violencia obstétrica si se vulneraba el respeto del principio de autonomía de la mujer; en definitiva, ante una serie de prácticas insuficientemente fundamentadas que no tenían en cuenta la bioética. Nunca antes el sistema sanitario y sus profesionales tenían tanta conciencia colectiva en humanizar y dignificar la atención a la mujer gestante, su parto y el nacimiento. Un ejemplo de ello lo hallábamos en el documento de Plan de Parto y Nacimiento (PPN, de aquí en adelante) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.[12] Desde mi perspectiva, las implicaciones éticas de la pandemia se pueden visualizar en cuatro conceptos: vulnerabilidad humana, vulneración de derechos, vulneración de deberes y estrés moral.

La vulnerabilidad comprende la fragilidad de nuestra constitutiva condición humana, en la corporeidad del ser (integridad), de su tiempo en vida (finitud) y la posibilidad de sufrir un daño (moral, psíquico o emocional), quedando amenazada nuestra autonomía y dignidad.[13] La vulnerabilidad humana siempre ha existido,

[12] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. *Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres, 2011. [consulta: 7 de marzo de 2021]. Disponible en: www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.

[13] Feito, L. «Vulnerabilidad». En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007, vol. 30, núm. 3, p. 7-22.

pese a que nos encontrábamos ante una sociedad muy acelerada, indolora y negadora de nuestra necesidad de interdependencia. Esto es, reconocernos como sujetos receptores de cuidados.[14] La espantosa cifra de muertes diarias por la Covid-19 nos forzó a rescatar y volver a (re)conocer nuestra propia condición de vulnerabilidad. El sufrimiento vivido y el temor a las anteriores pandemias para la sociedad española quedaban muy lejos, como realidades de épocas pasadas, ante una cierta sensación colectiva de «invulnerabilidad» gracias a los grandes avances biomédicos y tecnocientíficos. Si hacemos el ejercicio de pensar (o recordar) lo que supuso en esos días, era el de un escenario no imaginado, de incerteza y de cierta desconfianza —para unas, tener el parto en el hospital; para otras, tener el parto en casa—. Algunas mujeres que tenían pensado tener el parto en el hospital o en casa decidieron interesarse en último momento por la elección opuesta. Sin lugar a duda, miles de mujeres, a punto de finalizar su gestación o las que fueron partos prematuros durante la pandemia, vieron cómo se alteraba su PPN. Y así, sus preferencias, sus necesidades, sus deseos y sus expectativas expresadas en la antigua normalidad. Unas decisiones anticipadas, donde su libertad de elección, e incluso, ideal de maternidad, se vieron afectadas. Independientemente de si era o no un caso de sospecha de Covid-19, una de las directrices (fuertemente reivindicada por los profesionales sanitarios y las sociedades científicas del país) que se indicó mantener y respetar fue la presencia del acompañante de la mujer en el momento del parto.

Retomando la reflexión bioética, quiero poner el foco de atención en los casos en que no se pudo optar por un alojamiento conjunto en pandemia. Me refiero a las situaciones de doble vulnerabilidad, es decir, de todas aquellas mujeres que tras dar a luz su RN precisó ingresar, por cualquier motivo (enfermedad, malformación, prematuridad, final de vida o sospecha de Covid-19), en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Si bien durante el proceso de parto el acompañante tenía garantizado el acceso, esto no fue de la misma manera en las UCIN. El origen de las restricciones en estas unidades se debió por el siguiente punto: «Como norma general, se deberá restringir las visitas a la habitación y reducirlas a

[14] Pié, A. *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2019, p. 111.

una única persona (de preferencia la misma persona siempre) y deberán ser programadas en la medida de lo posible».[15]

Las directrices globales de los hospitales en cuanto a las restricciones no consideraron las particularidades de la atención neonatal, tratando de esta forma a los padres[16] de nuevo como visitas, en vez de considerarlos parte indispensable del tratamiento y neurodesarrollo de sus hijos. Los padres se encontraron con una prohibición impuesta en su copresencia natural en el cuidado diario de su RN. Este hecho implicó una desigualdad en los padres que afectó negativamente en la relación de vínculo y de apego que llevaban construyendo desde el momento de la concepción. Dicha circunstancia pudo frustrar el sentido y el deber moral de cuidar y corresponsabilizarse de su hijo, especialmente vulnerable, así como el poder desarrollar adecuadamente los roles de maternidad, de paternidad y de familia. Afortunadamente, entre los más vulnerables de los RN, los más frágiles, se pudo garantizar y proteger el acceso parental —a mayor fragilidad, tenemos el deber de compensar con equidad estas situaciones delicadas y finitas—. Otro aspecto ético que quiero rescatar, consecuente de las restricciones de visitas, es la imposición al aislamiento y a la soledad. Aunque algunas mujeres-madres pudieron estar acompañadas por una persona (normalmente el padre o la otra madre, en el caso de familias homoparentales), hubo otras que, los casos donde su acompañante enfermaba (con lo que se encontraba impedido), las madres solteras por elección (como las familias monoparentales) o las que no tenían a nadie, la sensación de soledad fue mayor. Sobre todo, como se ha mencionado, cuando no fue posible el alojamiento conjunto y el RN precisó de ingreso en una UCIN. Recordemos que las restricciones de visitas también excluyeron a toda la familia, con todo lo que ello conlleva, a saber, una exclusión de cualquier tradición cultural, hábito o costumbre

[15] Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Documento Técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Versión de 17 de junio de 2020. 2020, p. 13. [consulta: 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf>.

[16] Refiriéndome a aquellos que ejercerán de principales cuidadores, independientemente del género y de sus vínculos biológicos o primarios.

familiar en torno al nacimiento. Los pacientes en los hospitales reflejan la realidad de una pluralidad de culturas, etnias y creencias de la sociedad del momento. En este sentido, me gustaría concluir centrándome en los profesionales sanitarios.[17] Las directrices de salud pública para protegerlos frente al coronavirus, como los Equipos de Protección Individual (EPI), tuvieron no solo un impacto positivo en beneficencia para su salud, sino también un cierto impacto negativo y maleficente, no deseado, en su práctica asistencial. Tanto en una sala de partos como en hospitalización maternal, los profesionales sanitarios comenzaron a padecer estrés y angustia moral debido al exceso en las medidas de protección y a las restricciones de las pacientes. El no poder mostrarse por los EPI, ni con una sonrisa, únicamente con las miradas, generó una cierta deshumanización de la atención. No meramente física (con las distancias de seguridad), con el mínimo contacto y tacto posible, sino también en el tiempo de presencia y circulación en las habitaciones. Existía el convencimiento colectivo de que habíamos llegado al año 2020 con unos conocimientos y unas prácticas (saberes y quehaceres) lo más correctas y éticas posibles. Aplicar todas y cada una de las restricciones, además de ver cómo algunas pacientes podían acabar yendo intubadas a la UCI, les pasó factura. Ser conscientes de saber y no poder hacer ha hecho incrementar de forma exponencial el estrés y la angustia moral de todos los profesionales sanitarios.

Conclusiones

A modo de reflexiones finales, es importante que prestemos atención a las lecciones aprendidas de las pandemias pasadas y a la actual pandemia por coronavirus. No es suficiente con identificarlas, reflexionarlas y ver qué es lo que se ha hecho y lo que no. Quiero remarcar que no basta solo con ese proceso ético-reflexivo, hay que aplicarlas. La situación actual ha destapado que aún hace falta acabar de acostumbrarnos a una cultura bioética en la que, en todos y cada uno de los sitios donde se

[17] Incluyo todo aquel que atiende durante el proceso de parto y posteriormente al nacimiento: médicos y enfermeras, generalistas y especialistas, y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

atiende a personas, esta sea propositiva, aplicativa y evaluativa.[18] La bioética siempre va a ser necesaria, pero nunca suficiente, puesto que siempre nos obligará a dudar y a (re)pensar el porqué y la legitimidad de las cosas. Sobre todo porque van a seguir habiendo más «olas» por las distintas cepas del coronavirus (pese al progresivo ritmo de vacunación mundial). Partíamos de un siglo XX, respecto a la atención al parto y al nacimiento, de unos tiempos de mínimos, de mucha precariedad inicial y de falta de confianza en el sistema sanitario de expertos. Desde el momento «cero» en el que no existía nada hasta nuestros días, estábamos en la búsqueda de unos principios que se focalizasen en un ideal de máximos en dicha atención. Lo que ha ocurrido con la pandemia ha sido una limitación en la consecución o en la forma de alcanzar esta atención de máximos. Por ello es necesario volver a revisar todas las medidas y restricciones adoptadas que vulneren a los grupos más vulnerables y, entre ellos, los más frágiles, por una cuestión de evitar la desproporcionalidad y no descuidar la equidad. Delante de situaciones especiales y excepcionales (como la tener el RN en una UCIN), son necesarias medidas excepcionales. Por último, la crisis sanitaria por la pandemia no ha de regirse a través de un discurso vertical o jerárquico, sino entre los que están en primera línea y los que manejan decisiones en cargos intermedios-altos. Solo si las medidas a considerar durante la pandemia son consensuadas podrán aproximarse de la forma más adecuada, fidedigna y actualizada a la realidad y a las particularidades de cada ámbito asistencial: sea obstétrico, maternal o neonatal.

[18] Román, B. Más allá de los Comités: hacia una cultura bioética. En: *Folia Humanística*. 2020, vol. 2, núm. 2, p. 1-18.

HORIZONTES POSIBLES EN TIEMPOS COMPLEJOS: APROXIMACIONES EPISTÉMICAS A UNA MATRONERÍA FEMINISTA

Pía Rodríguez Garrido

Introducción

Hacia fines de los noventa e inicios del 2000, sectores de la matronería vinculados al ejercicio clínico conscientes de la realidad social han venido realizando un intenso trabajo por visibilizar las prácticas arraigadas en la obstetricia tradicional que han provocado un impacto negativo en las representaciones sociales de la profesión. En sintonía, el malestar subjetivo naturalizado hasta hace algún tiempo en las trayectorias de vida de las mujeres y sus familias ha provocado un fuerte juicio interpelativo a las diversas manifestaciones y praxis de la matronería tradicional.

En ese devenir, los estudios realizados al alero de las ciencias sociales, particularmente desde la antropología médica y la sociología de la reproducción, han sido enfáticos en elaborar un cuestionamiento sostenido de la cultura organizacional enraizada en el interior de las instituciones de salud, interpelando tanto las prácticas biomédicas como el vínculo asistencial y paternalista entre las personas usuarias y el sistema de salud.

Uno de los ejes centrales que atraviesa este cuestionamiento tiene relación con el marco paradigmático basado en un enfoque positivista que mantiene las dinámicas

institucionales y las hace perdurables en el tiempo, así como inquebrantables en la relación médico–paciente, generando un complejo vínculo de dependencia entre ambos. Es así como el médico necesita del paciente para poner en práctica su disciplina y posición, y el paciente necesita del médico para resolver sus afecciones.

Desde un enfoque de género esta relación se interpreta como «el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder (entendido este como el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, o acceso a los mismos).[1] Y es que como señala Joan Scott, toda relación está atravesada por el género; sin embargo, no todas las identidades y relaciones de poder se rigen por las mismas (hetero)normas.

Considerando que las mujeres, lesbianas, trans, privadas de libertad, con discapacidad, migrantes han visto sistemáticamente vulnerados sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, cabe preguntarse qué hay de particular en ellas que constantemente son escindidas de su autonomía y cómo esto se relaciona con la emergencia de una matronería crítica.

Llámese *labor* femenina

Una de las conjeturas posibles tiene relación con dos conceptos ampliamente desarrollados por la filósofa Hannah Arendt y que nos invitan a pensar la ontología tras los fenómenos fisiológicos asociados a la corporeidad de las mujeres y la representación social de estos en la historia —médica— occidental: la *labor* «actividad correspondiente al proceso biológico del cuerpo humano»[2] y el *trabajo* «actividad que corresponde a lo natural de la exigencia del hombre».[2] Existe un sinfín de actividades, realizadas principalmente por mujeres, que hemos nombrado labores domésticas o labores de cuidado; no obstante, se realizan sin el reconocimiento social y económico. A diferencia de lo anterior, cuando nos referimos a una actividad

[1] Scott, J. «El género: una categoría útil para el análisis histórico». En: Lamas, Marta (comp.). *El Género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM Grupo Editorial Miguel Ángel Porrua, 1997.

[2] Arendt, H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 2009. [1958]

productiva, realizada principalmente por hombres, la llamamos trabajo independiente si este es remunerado.

Una de las particularidades de aquello, además de la evidente relación de poder y el reconocimiento social que ostenta uno en desmedro del otro, es que ambos conceptos ocupan un pronombre de género. Cuando hablamos de «laboe» decimos *la* labor, y cuando hablamos de «trabajo», decimos *el* trabajo. Por lo tanto, además de asignarle un rol biologicista a uno y cultural al otro, contienen un pronombre de género que los identifica, diferencia y categoriza en la estructura social. Esta cuestión implica problematizar el campo discursivo en donde el lenguaje no alcanza a dimensionar el componente simbólico y político de la *labor* y el *trabajo*, por lo que el camino se hace cuesta arriba, ya que debemos recorrer la ontología discursiva tras la corporeidad de las mujeres y el devalúo epistémico que ello ha ocasionado en la historia.

No es casualidad que los procesos de salud sexual, reproductiva y afectiva hayan sido territorios de conquista donde el modelo de desarrollo capitalista, patriarcal, colonialista y capacitista[3] haya materializado sus intereses mediante la vigilancia y control de las corporeidades de las mujeres y personas configuradas en el orden social como otredades. En este sentido, la vigilancia se hace presente a través del «conocimiento autorizado»[4] encarnado en el saber/poder biomédico mediante su retórica y praxis disciplinar; y el control a través de las estrategias y técnicas de salud pública creadas para cautelar el «bienestar» de la población.[3]

La omisión epistémica ha calado profundamente en las trayectorias de vida de miles de mujeres y familias causando la invalidación de conocimientos, la inconsciencia de autonomía y la ignorancia de emancipación. Esta situación provoca que los procesos y fenómenos fisiológicos de la corporeidad se experimenten desde el desconocimiento, el miedo, la desconfianza y la incertidumbre.

[3] Rodríguez-Garrido, P. Geografías para un buen nacer: una aproximación geo(corpo)gráfica del parto en domicilio en Chile. En: *Salud Colectiva*. 2022, vol. 18, p. e3848.

[4] Concepto utilizado por la antropóloga Brigitte Jordan en: *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Eden Press Women's Publications, 1980. [1978]

La verdad y lo objetivo

Las epistemólogas feministas han sido enfáticas en interpelar la neutralidad como característica central en la producción —patriarcal— del conocimiento científico. En ese tránsito han develado, por una parte, la falta de compromiso e interés por incorporar en la producción de conocimiento a otros colectivos de la sociedad, subalternizados de la escena pública y de la generación de saberes, y, por otro lado, el carácter androcéntrico de ese proceso.

La ciencia ha basado sus postulados en pretensiones universalistas comprendiendo la realidad social desde un único punto de vista. Así, la verdad y lo objetivo se resguardan en los hechos y en lo comprobable, pretendiendo asegurar la existencia de cualquier vinculación entre sujeto conocedor y objeto/sujeto de conocimiento. No obstante, este escenario ha sido ampliamente confrontado por las epistemólogas feministas cuando realzan la importancia del lugar de enunciación por parte de quien investiga, declarando la incongruencia de la objetividad y neutralidad en la generación de conocimiento y en el desarrollo de nuevos diálogos y saberes. En esa línea, la epistemóloga Sandra Harding señala:

> Las investigadoras feministas vienen sosteniendo que las teorías tradicionales han sido aplicadas de manera tal que hacen difícil comprender la participación de las mujeres en la vida social, así como entender que las actividades masculinas están determinadas por el género (y que no son, como suele considerárseles, representaciones de «lo humano»). Por eso han elaborado versiones feministas de las teorías tradicionales.[5]

Retomando la idea de la verdad y lo objetivo, la trayectoria epistémica y metodológica de las disciplinas vinculadas a las ciencias de la salud tienen una ontología positivista fuertemente condicionada por un determinismo biológico, cientificista y tecnocrático, características que justifican el actuar y quehacer disciplinar del modelo biomédico frente a los procesos de salud/enfermedad de las personas. De este

[5] Harding, S. ¿Existe un método feminista? En: Eli Bartra (ed.). *Debates en torno a una metodología feminista*. PUEG, 2002, p. 3-34.

comportamiento emanan un sinfín de dinámicas y prácticas propias del ejercicio profesional arraigadas durante décadas en la matronería tradicional.

Una de esas prácticas es la atención al nacimiento. Este acontecimiento, de acuerdo con sus protagonistas,[6] requiere de cuidados, atención y sobre todo intimidad; sin embargo, la realidad dista de lo señalado. La atención al nacimiento se enseña en las universidades de tal manera que desprovee de autonomía y conocimientos a las mujeres que lo encarnan, parafraseando a Boaventura de Sousa Santos,[7] se tratan como infrahumanas o por fuera de la realidad, es decir, como inexistentes.

Los mecanismos del parto, los tiempos establecidos para la dilatación del cuello uterino, los instrumentos que intervienen y los medicamentos que aceleran el proceso son elementos que se han aprendido en la praxis disciplinar que se ponen en práctica en las corporeidades de las mujeres, pero que, sin embargo, están desaconsejadas por organismos como la Organización Mundial de la Salud.[8]

Frente a esto, existen diversos estudios[9] que reflejan las graves consecuencias en el plano psicológico, cognitivo, afectivo y físico que estas prácticas tienen para las mujeres, repercutiendo directamente en su bienestar y en el de su entorno. En ese sentido, la psiquiatra Ibone Olza[10] acuña la perspectiva ecosistémica para señalar que tanto las determinantes individuales como sociales inciden en la gestación,

[6] Odent, M. *Childbirth and the future of Homo Sapiens.* Pinter & Martin Ltda, 2013; Odent, M. *La vida fetal, el Nacimiento y el futuro de la humanidad*. Ob stare, 2014; Olza, I. *Parir. El poder del parto*. Estudio Ediciones B, 2017.

[7] De Sousa Santos, B. *Para descolonizar Occidente. Más allá del pensamiento abismal*. CLACSO, 2010.

[8] Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. 2019. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.

[9] Odent, *op. cit.*, 2013; 2014; Olza, *op. cit.*; Bell, A.; Erickson, E.; Carter, S. Beyond Labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. En: *J Midwifery Women's Health*. 2014, vol. 59, núm. 1, p. 35-42; Olza, I. Conferencia virtual "Parir en tiempos de pandemia de coronavirus". 14 de abril de 2020. Disponible en: </www.youtube.com/watch?v=EdblQzOu87I>.

[10] Olza, *op. cit.*, 2020.

parto y posparto. Para ello, se basa en la teoría ecológica del psicólogo Urie Bronfenbrenner,[11] la cual señala que el desarrollo y transformación de los individuos se ve directamente afectado por las condiciones propias y externas a este. Así mismo, Olza[12] añade que la perspectiva ecosistémica del nacimiento es fundamental, ya que nos otorga una visión global del panorama en donde el foco central es la mujer, el recién nacido y el entorno que les rodea.

Horizontes posibles en tiempos complejos

La emergencia de profesionales/activistas conscientes de las transformaciones sociales ha logrado poco a poco reconstruir confianzas y retomar vínculos perdidos en la trayectoria profesional, difuminando la frontera de la verdad y lo objetivo e incorporando en su lugar las experiencias de sus protagonistas.

¿Cómo construimos una matronería crítica? Se preguntan algunos/as. En lo personal, no creo que podamos avanzar olvidando la herida que dejó la omisión epistémica en las corporeidades de las mujeres por parte del poder/saber encarnado no tan solo en el modelo biomédico y en su paradigma, sino también en las instituciones, en las leyes, en las políticas públicas y en todo ese aparataje que precariza sistemáticamente tanto sus derechos como los de sus familias. En la memoria colectiva de miles de mujeres aún permanece ese trágico momento que significó el nacimiento de un hijo/a/e, instancia que debería recordarse con alegría y emoción.

La confianza no se gana ni se compra, se construye a diario. Por ello, la emergencia de un paradigma que complejice la hegemonía obstétrica viene a quebrantar los sólidos pilares en el interior de las aulas, de las instituciones y de un modelo perpetuado históricamente en la conciencia social. Viene a develar una serie de sucesos que se han realizado en honor a salvaguardar la vida de las mujeres; dirían algunos/as que gracias a esos «sucesos» seguimos con vida, y lo más probable es que sea verdad, pero la verdad no es objetiva ni única.

[11] Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, 1979.

[12] Olza, *op.cit.*, 2020.

¡Necesitamos una matronería comunitaria, feminista, crítica y consciente de la realidad social![13]

Este horizonte epistemológico es una matronería que surge del margen, de esas fronteras incómodas y molestas. Gloria Anzaldúa[14] nos recuerda que las fronteras son escenarios fértiles de problematización, son espacios que invitan a cuestionar nuestras precariedades y privilegios para crear tránsitos posibles para una vida digna. Porque es eso lo que necesitamos: dignidad en la atención, dignidad en los espacios, dignidad en los nacimientos, porque no merecemos ni esperamos menos.

La matronería crítica se construye entre todos/as/es, porque los tiempos complejos han sido ahora y siempre, por eso es esencial que estos horizontes epistémicos se vuelvan praxis política en la disciplina, que la interpelación de la sociedad se transforme en aprendizaje y que la rabia por la precariedad laboral nos movilice para exigir dignidad y no ejercer malos tratos.

Para finalizar, quiero destacar el arduo trabajo que miles de mujeres, familias, matronas, matrones, estudiantes, profesionales de la salud, profesionales de otras disciplinas y personas de la sociedad civil han realizado en el diseño y desarrollo de proyectos de ley vinculados a la dignidad y al respeto por los derechos sexuales y reproductivos en Chile, dedico con mucha humildad a todas esas personas las reflexiones dispuestas en este capítulo.

¡Hasta que la dignidad se haga costumbre!

[13] Rodríguez-Garrido, P. Transitando hacia una matronería feminista y situada en Latinoamérica. En: *Musas*. 2021, vol. 6, núm. 2, p. 1-4.

[14] Anzaldúa, G. *La frontera. La nueva mestiza*. Capitán Swing, 2016.

¿EL HOSPITAL SIGUE SIENDO UN LUGAR SEGURO PARA DAR A LUZ? REFLEXIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Josefina Goberna-Tricas

Introducción

En 2004 publiqué en la revista *Index de Enfermería* un artículo titulado «La enfermedad a lo largo de la historia: un punto de mira entre la biología y la simbología».[1] En dicho artículo, planteaba la siguiente hipótesis:

> Las raíces de la forma de sentir la enfermedad en el Occidente de inicios del siglo XXI deben buscarse en los orígenes griegos y judeo-cristianos, que se continúan a lo largo de la Edad Media, hasta que con la llegada de la Modernidad se produce un giro desde la búsqueda de la eternidad en el otro mundo, hacia un caminar a la inmortalidad en la tierra. En los inicios del siglo XXI, el hombre posmoderno traslada la crisis de pensamiento vigente al campo de la salud, ello plantea tensiones que se hacen patentes en la forma de vivir y atender la enfermedad.[2]

Esta idea utópica de la búsqueda de la inmortalidad en la tierra, que se inició con la Modernidad, parecía que estaba al alcance de la mano a inicios del siglo XX cuando la expectativa media de vida aumentó considerablemente, pasando de entre

[1] Goberna-Tricas, Josefina. La enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. En: *Index de Enfermería*, núm. 47, 2004, p. 49-53.

[2] Ídem.

treinta y cinco a cuarenta años en 1842, a una esperanza superior a los setenta años en la década de los sesenta del siglo XX. El desarrollo de la higiene pública y el aumento del nivel de vida habían propiciado un crecimiento paulatino, pero constante, de la longevidad media.

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, los Estados occidentales se empezaron a configurar como Estados del bienestar e hicieron suya la función de velar por la salud y el bienestar de todos los ciudadanos. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud como:[3]

> Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud, que es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.

En las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX, parecía que la humanidad, al menos en el Occidente desarrollado, estaba a punto de llegar a la total erradicación de la enfermedad. Las enfermedades infecciosas se combatían eficazmente gracias al poderoso arsenal de antibióticos; en cuanto a las neoplasias o enfermedades malignas, aunque se seguía desconociendo sus causas desencadenantes, las investigaciones iban por buen camino y no parecía descabellado pensar que, en un futuro no demasiado lejano, sería posible la prevención y curación de las mismas. El «perfecto bienestar» proclamado por la OMS se manifestaba como un derecho del ciudadano que el Estado social y democrático debía proporcionar. La promoción de una política sanitaria encaminada a la salud del conjunto de la población se contemplaba como una obligación moral que todo Estado debía imponer, y por tanto acarreaba un cierto puritanismo laico cuyo objetivo no era otro que la consecución de una población sana.

[3] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Carta Fundacional*. Ginebra: OMS, 1948.

Sin embargo, este camino hacia el estado ideal y final de bienestar se truncó debido a la aparición de nuevas enfermedades. En 1981 se diagnosticaban los primeros casos de una enfermedad hasta entonces desconocida: «El síndrome de Inmunodeficiencia humana». Las enfermedades infecciosas, aparentemente superadas y desaparecidas, volvían a irrumpir y se incrementaban. Asimismo, en el seno de esta ilusión hacia una mejora de la salud mundial, surgía violencia por doquier;[4] un auge universal en el consumo de drogas o un aumento espectacular de las lesiones o muertes en accidentes laborales y de circulación. Ante ello, la definición de salud planteada por la OMS se empezó a cuestionar. Entre los autores que formularon una nueva definición de salud menos utópica podemos citar a Hernán de San Martín quien, en 1985, dio una definición de salud menos utópica y más dinámica[5]:

> La salud es un fenómeno psico-biológico y social dinámico, relativo y muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-fisiológico y social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función), y un tercero de tipo psico-social (adaptación social del individuo).

En esta nueva definición, el hombre no mantiene ya esta posición de dominio de la naturaleza, sino que reconoce que la salud no es un concepto absoluto, sino relativo y que depende de un estado de equilibrio con la naturaleza material y social. El poder que la tecnología médico-sanitaria había alcanzado a lo largo de la segunda mitad del siglo XX había acarreado verdaderas tensiones internas o puntos de conflictividad en la lucha del hombre posmoderno contra la enfermedad. Entre estas tensiones podemos destacar:

- *La tecnificación y medicalización*. En la lucha contra la enfermedad y apoyándose en la técnica y en la revolución biomédica que tuvo lugar en las primeras décadas del siglo XX, se había avanzado extraordinariamente en

[4] Además, se inició una visibilización cada vez mayor en el ámbito público de la lacra de la violencia de género.

[5] San Martín, H. *La crisis mundial de la salud*. Madrid: Editorial Ciencia, 1985.

los métodos diagnósticos. Los avances diagnósticos habían conseguido, en muchos casos, la detección de las enfermedades antes de que dieran síntomas. Un nuevo concepto emergió: las enfermedades pueden permanecer asintomáticas durante largo tiempo y su detección precoz mejorará su pronóstico. Las instituciones sanitarias, con el apoyo del Estado, promovían la educación sanitaria encaminada a sensibilizar a la población hacia la detección precoz de aquellos trastornos que aún no le producían ningún síntoma; era necesario que el sujeto que se creía en buena salud supiera reconocerse enfermo si al someterse a una prueba de cribaje, ésta le descubría alguna alteración. De ello se deduce que el mundo de los enfermos aumentó. Por el camino del diagnóstico prenatal o preconcepcional podría incluso llegar a decidirse si valía la pena, o no, dejar nacer a un individuo que, tras el nacimiento, o con los años, padecería enfermedades o alteraciones que acarrearían importante sufrimiento para sí mismo y para su familia. Esta medicina preventiva, científicamente justificada, altamente eficaz en la práctica, descubría enfermos que ignoraban serlo. La historia cultural de la enfermedad entró en el dominio del «mal latente», que la sociedad pretendía descubrir, en individuos que no se quejaban de nada. La detección de la enfermedad quedaba bajo el control de la técnica diagnóstica que planteaba la segunda de las tensiones internas en la lucha contra la enfermedad.

- *La despersonalización ante la tecnificación.* La revolución biomédica se acompañó de un importante desarrollo tecnológico que se hizo presente en el interior de nuevos y sofisticados hospitales, pero la tecnificación esquematizaba y automatizaba el trato con la enfermedad, la reducía a rótulos superficiales y a cifras estadísticas; la persona del enfermo ya no era importante. En esta progresiva despersonalización se avanzó hacia la pérdida, incluso, del contacto sensitivo y visual sustituido por sofisticadas pruebas diagnósticas, y la comunicación entre profesionales sanitarios y enfermos quedaba como un aspecto menos importante de la relación asistencial. El sistema sanitario se despersonalizó y burocratizó.

- *La enfermedad mental* representaba otro de los retos a afrontar. La sociedad moderna, urbana, técnica, organizada y escolarizada se convirtió en intolerante, incapaz de aceptar e integrar a aquellos que no habían sabido, o no habían podido, acomodarse al modelo estricto que la sociedad imponía. Los tiempos modernos y posmodernos son intolerantes respecto a los trastornos psíquicos, que la propia sociedad occidental ha agudizado con sus formas de vida.
- *Las enfermedades infecciosas.* Uno de los retos que en los últimos años se ha convertido en central en nuestras vidas es el de las enfermedades infecciosas, que como ya hemos visto, tras un período de optimismo acaecido durante la primera mitad del siglo XX, volvían a hacer su aparición. Si el HIV fue la primera que nos llamó la atención, no podemos olvidar la gripe aviar, el ébola, o la Pandemia por Covid-19 que nos mostró su cara en diciembre de 2019 y con la que seguimos conviviendo.

El auge de los hospitales como garantes de la curación de enfermedades

La aparición de la Pandemia por SARS-CoV-2 nos ha sumergido en una situación de crisis mundial que ha demostrado la incapacidad de los sistemas sanitarios actuales para hacerle frente. Los hospitales se vieron colapsados durante los primeros meses de la pandemia. Entre marzo y mayo de 2020, en los momentos de auge de la primera ola de Covid-19, en España, los hospitales de áreas de alta incidencia de la enfermedad tuvieron que transformar sus estructuras y procesos a una velocidad vertiginosa, de forma que el 80 % de la ocupación de camas hospitalarias fue para atender casos de la Covid-19, desplazando a enfermos por otras causas. En los dispositivos de unidades de cuidados intensivos (UCI), este porcentaje alcanzó el 85 %, tras triplicarse el número de camas y respiradores.[6]

[6] Pane Mena, Olga; Pascual Santos, Julio. El desafío de la COVID-19 para la atención especializada. En: Abellán Perpiñán, José María; Campillo Artero, Carlos (coords.). *Economía de la salud (y más) de la COVID-19*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud (AES), 2020, p. 65-70.

Ahora mismo estamos viviendo la sexta ola de la enfermedad, habiendo transitado por diversas variantes del virus; de la variante Alpha, pasamos a la Beta, Gamma, Epsilon, Eta, Iota, Kappa, Mu, Zeta, y las últimas Delta y Ómicron.[7] Parece que esta última variante (Ómicron) pone en jaque la atención primaria de salud en mayor medida que los hospitales, pero los casos graves o complicados siguen atendiéndose en hospitales sobrecargados y con profesionales afectados por la fatiga pandémica. Es por ello por lo que en este momento debemos adentrarnos en el análisis de los hospitales y su evolución en esta historia de la enfermedad.

Los hospitales, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se convirtieron en el paradigma de la medicina moderna. En el hospital se concentraron todos los avances diagnósticos y terapéuticos que se habían ido desarrollando gracias a la revolución biomédica producida desde finales del XIX y la primera mitad del XX. Si bien los hospitales existían desde antaño, siempre habían sido lugares de refugio para gente necesitada: vagabundos, pobres, inválidos o mujeres solas embarazadas que iban a dar a luz y a dejar sus hijos en las inclusas. Fue durante el siglo XV cuando la arquitectura empezó a preocuparse de su construcción; podemos hallar ejemplos de hospitales en forma de cruz con un patio central, como muestra del diseño constructivo del momento. Esta preocupación por los sistemas constructivos hospitalarios se dio como consecuencia del incremento del número de universidades y facultades de medicina surgidas durante el periodo Renacentista.[8] El Renacimiento se caracterizó por un auge de la medicina clínica. Los médicos clínicos se formaban, en un número cada vez más importante, en las universidades; a las ya existentes de Boloña, París o Montpelier, se habían sumado a finales de la Edad

[7] Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD); División de Enfermedades Virales (CDC). *Clasificaciones y definiciones de las variantes del SARS-CoV-2*. Actualizado 31 de diciembre de 2021. [consulta: 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-classifications.html>.

[8] La época comprendida entre finales del siglo XV y mitad del siglo XVII se conoce como Renacimiento. Más información sobre la evolución de la medicina en las universidades y su repercusión sobre otras ocupaciones sanitarias, especialmente en el ámbito de la atención al nacimiento, puede consultarse en: Goberna Tricas, Josefina. *Dones i Procreació: ética de la práctica sanitaria i la relació assitencial en embaràs i naixement*: tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/1762>.

Media otras como Oxford, Padua, Valladolid o Salamanca. Pero fue a inicios del Renacimiento cuando el número de universidades dedicadas a la enseñanza de la medicina aumentó espectacularmente, especialmente en España, donde podemos citar Valencia, Sevilla, Toledo, Alcalá, Granada o Barcelona, entre otras. Los hospitales se convirtieron en lugares ideales para el aprendizaje y la docencia. Los enfermos pobres, acogidos por caridad, constituían un excelente campo de práctica clínica. Es durante estos siglos que son cada vez más frecuentes los hospitales reales dependientes de las coronas, que los financian con el fin de que se puedan formar médicos cada vez mejor capacitados en la lucha contra la enfermedad.

Con el paso de los años, el número de hospitales fue aumentando como consecuencia del rápido crecimiento de la población que emigraba desde ocupaciones primarias en el campo a ocupaciones secundarias o terciarias que debían realizarse en las ciudades. La Revolución Industrial propició que las ciudades crecieran bajo unas condiciones higiénicas deplorables: la fiebre tifoidea y la tuberculosis emergieron entre las clases pobres y requirieron hospitalización, puesto que las miserables viviendas no podían acogerlos en caso de caer enfermos. Los hospitales crecieron en número y dimensiones, y para evitar la transmisión de infecciones, su construcción se fundamentaba en un modelo caracterizado por diversos edificios circundados por un patio. Fue a partir de finales de siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX, llegando hasta la Primera Guerra Mundial a inicios de siglo XX, cuando se produjo una profunda ruptura en la concepción del hospital, que de centros de acogida y cuidado de enfermos pobres fue evolucionando hasta convertirse en un centro dedicado a la asistencia de enfermos curables; todo ello se acompañó de un incremento de la importancia de la enseñanza de la medicina junto al lecho del paciente y al servicio de la ciencia médica.

El descubrimiento e instauración de la anestesia, a mediados del XIX, permitió progresar a la cirugía, si bien persistía aún el problema de las complicaciones febriles posanestésicas: el problema de las infecciones seguía siendo una verdadera amenaza en los hospitales que impedía que la cirugía se consolidara. La mortalidad era

alta, alrededor del 20 %.[9] Los pocos partos que se atendían en hospital solían tener unos resultados fatales. Por ello los partos, e incluso algunas intervenciones quirúrgicas, era mejor realizarlas en el hogar, especialmente entre las clases medias y altas, ya que disponían de casas ventiladas e iluminadas, donde se acostumbraba a evitar el contagio. Los hospitales, tanto civiles como militares, siguieron construyéndose bajo la idea de pabellones separados por suficiente cámara de aire y con volúmenes de pacientes reducidos para intentar evitar las infecciones.

En 1846 Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) fue nombrado médico de la primera clínica universitaria, la Allgemeinen Krankenhaus de Viena. Semmelweis se dio cuenta de que los estudiantes de medicina, durante la práctica de las autopsias, contaminaban sus manos con emanaciones venenosas que luego transmitían a mujeres durante la asistencia al parto y también a otros pacientes. La obligación que impuso Semmelweis a sus estudiantes, y a otros profesionales, de lavarse las manos con una solución de hipoclorito cálcico hizo disminuir notablemente la transmisión de las infecciones hospitalarias, especialmente en el caso de las fiebres puerperales. Semmelweis, aunque propugnó prácticas higiénicas muy valiosas, no podía conocer todavía la existencia de gérmenes patógenos responsables de estas infecciones intrahospitalarias. No fue hasta 1888 que Louis Pasteur (1822-1895) desarrolló importantes estudios de microbiología médica que lo condujeron al descubrimiento de un importante número de gérmenes patógenos, entre ellos el estreptococo.[10]

Los descubrimientos ya citados de Pasteur (1822-1894) y los posteriores de Koch (1843-1910) respecto a la etiología microbiana de las infecciones produjo una verdadera revolución en la medicina y también en la forma de pensar el hospital. Ya a inicios de siglo XX se empieza a hablar de la necesidad de abandonar los pabellones y construir hospitales compactos por pisos. Se habían inventado los Rayos X, empezaba el auge de las pruebas diagnósticas, y para llevar a los pacientes hasta las salas de diagnóstico radiológico era necesario mover a los enfermos de sus

[9] Tröhler, Ulrich. L'essor de la chirugie. En: Grmek, Mirko D. (coord.). *Histoire de la pensé médicale en Occident. Du romanticisme à la science moderne*. París, Seuil, 1999, p. 243-244.

[10] Guerra, Francisco. *Historia de la medicina*. Madrid: Ediciones Norma, 1988, p. 586-587.

camas y de sus pabellones. Los hospitales se empezaron a construir con galerías que comunicaban los pabellones entre sí. Aclarados, a comienzo del siglo XX, los mecanismos de transmisión de muchas enfermedades infecciosas, se comprueba que los peligros de contagio a través del viento o las corrientes de aire son muy escasos. Los principios del aislamiento pabellonario, que se fundamentaban en la transmisión aérea de enfermedades, perdieron su sentido. Un nuevo concepto va a presidir el diseño hospitalario: la ley del camino más corto. Frente a las interminables distancias de los grandes hospitales de pabellones, y merced al empleo de ascensores, los centros sanitarios irán optando por soluciones de desarrollo vertical. El origen hay que buscarlo en los Estados Unidos, donde ya se venían construyendo rascacielos desde el último tercio del siglo XIX y solo era cuestión de tiempo que la fórmula también fuera aplicada al hospital. Por otro lado, así se permitía dar a la institución un carácter mucho más urbano al necesitar menos superficie de solar.

El avance en medios diagnósticos, el descubrimiento de los medios de transmisión de muchas enfermedades y la posibilidad de tratamiento de las infecciones bacterianas con potentes antibióticos cambiaron la visión que hasta entonces se tenía de los hospitales. Se empezó a ver el hospital como un lugar idóneo para el diagnóstico y tratamiento médico, o quirúrgico, de enfermedades hasta entonces consideradas incurables, convirtiéndolo en el espacio ideal para el tratamiento de las enfermedades y abandonándose el tratamiento de los pacientes a domicilio para todas aquellas afecciones que revestían una cierta gravedad. El hospital se convierte en el imaginario colectivo en un lugar seguro, garante de la salud y de la curación de la enfermedad. Poco a poco se impone en el imaginario colectivo también como lugar idóneo para dar a luz y las mujeres a lo largo de la segunda mitad del siglo XX abandonan el hogar para tener sus hijos en el interior de los hospitales, donde pueden acceder a alta tecnología sanitaria en casos de complicación del parto.

La irrupción de la pandemia por Covid-19

A finales de 2019 apareció una nueva situación que ha producido profundos cambios en todo aquello relacionado con la atención a la salud y que mantiene el planeta en estado de alarma. La amenaza del SARS-CoV-2. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. La enfermedad por Covid-19 se manifestó fundamentalmente con fiebre, tos seca y dificultad respiratoria, aunque el patrón no era común para todos los casos, pudiéndose expresar a través de una gran variedad de síntomas y afectando a diferentes órganos, siendo la neumonía una de las principales complicaciones. La gravedad de las neumonías asociadas a la infección por el virus SARS-CoV 2 ocasionó un verdadero colapso hospitalario. La enfermedad con manifestaciones clínicas se daba principalmente en personas de más de treinta años, y era especialmente grave en mayores de sesenta con patologías asociadas, siendo poco frecuente y bastante asintomática entre los menores de veinte años. Sin embargo, con el paso de los meses y gracias a la posibilidad de emplear vacunas protectoras frente a las formas más graves, junto con los cambios acaecidos debido a las mutaciones del propio virus, la situación se ha ido modificando; en estos momentos, con la presencia de la variante ómicron, los síntomas parecen más leves en personas vacunadas, y más relacionados con el aparato respiratorio superior. A 7 de diciembre de 2021, se han documentado 268 852 229 casos en el mundo con un total de 5 305 730 muertes relacionadas con la enfermedad. En España, para la misma fecha, el Ministerio de Sanidad ha informado de 5 202 958 casos de enfermos diagnosticados de Covid-19.[11]

[11] El virus causante de la enfermedad es el SARS-CoV 2. La enfermedad que se origina en humanos debido a la infección por este virus recibe el nombre de Covid Véase: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Enfermedad por Nuevo Coronovirus. Información inicial de Alerta en China*. 2020. [consulta: 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>.

Como se ha comentado, con la irrupción de la pandemia, el sistema sanitario se tuvo que adaptar, de forma urgente, a la atención de enfermos afectados por esta nueva enfermedad Covid-19, desplazando la atención de otras patologías que, momentáneamente, dejaron de atenderse durante la primera ola y de forma intermitente durante las siguientes; las intervenciones quirúrgicas no urgentes se suspendieron, las consultas externas no imprescindibles se anularon. Durante los primeros momentos de la pandemia, muchos profesionales sanitarios (tanto médicos como enfermeras) enfermaron por Covid; al inicio, se debió al desconocimiento de la enfermedad, e inmediatamente después, en muchos casos, a la falta de equipos adecuados de protección. Las especialidades, tanto médicas como de enfermería, no se tuvieron en cuenta y todo el personal sanitario disponible se dedicó a la atención de estos nuevos enfermos infecciosos, aunque esta enfermedad no formara parte de su campo de especialidad.

Con el paso de los meses los hospitales han estado sometidos a una inmensa carga asistencial. Esta situación excepcional, que obligó a un confinamiento domiciliario y a un paro casi total de la actividad económica y social debido a este colapso sanitario ha puesto en tela de juicio el papel de los hospitales, que se han visto totalmente desbordados. La nueva enfermedad por Covid-19 nos obliga a pensar en el futuro de la atención hospitalaria.

A modo de ejemplo

A continuación, se expondrá un caso que, aunque parte de una situación real, ha sido ligeramente modificado con el fin de presentar el «caso ideal» que nos permita una reflexión sobre el lugar que los hospitales deberán ocupar en un futuro cercano o cómo debemos situarlos en nuestro imaginario colectivo:

A propósito de un caso: Marta

Marta es una mujer de treinta y cinco años que dio a luz en junio de 2020. Ella quería un parto domiciliario. En España existen matronas y ginecólogos que, de forma privada, atienden partos en domicilio, siendo el coste medio unos 2 500-

3 000 euros en función de la comunidad autónoma.[12] Las matronas notaron un incremento de la demanda para parir en casa y para el acompañamiento a domicilio durante la dilatación y las fases iniciales del parto durante los primeros meses de la pandemia. Una vocal de la Asociación Catalana de Matronas (ACL) y de la Asociación de Matronas de Parto en Casa de Catalunya (ALPACC) aseguró que se había triplicado la demanda de partos en casa durante el periodo de confinamiento por el coronavirus.[13]

Marta había tomado una decisión nada fácil para una primeriza: dar a luz en casa. Esta decisión la tomó, junto con su pareja, y se fundamentó en el hecho de que durante la pandemia no le aseguraban una atención natural y respetuosa con la fisiología al parto, es decir, cumplir con su plan de parto. Como se ha comentado, durante los primeros meses de la pandemia los hospitales se reconvirtieron en centros de atención, casi en exclusiva, para pacientes Covid.

En Cataluña, y en otras comunidades autónomas, la atención al parto se centralizó en algunos hospitales, mientras que en otros los paritorios fueron cerrados y los profesionales fueron reconvertidos a la atención de enfermos por Covid. Ante ello, algunos hospitales que disponían de salas anexas preparadas y acreditadas para una atención menos medicalizada y más respetuosa con la fisiología del parto no podían asegurar seguir dando dicha atención, y las mujeres embarazadas fueron forzadas a dirigirse a otros hospitales más alejados de su zona y sobre los que no conocían cuál era el modelo de atención, o en algunos casos, cuando se informaban, descubrían que no daban el tipo de atención que deseaban o que se les iba a brindar en su hospital de referencia.

En el caso de Marta pudo encontrar una matrona que, tras valorar su caso y comprobar que el motivo de la elección del parto domiciliario era su voluntad de

[12] Costa Abós, Silvia; Goberna-Tricas, Josefina. Experiencia del embarazo y parto en casa durante la pandemia de Covid-19. En: *Index de Enfermería*, vol. 30, núm. 3, 2021, p. 244-248.

[13] Nius. Se triplica la demanda de partos en casa durante el confinamiento en Cataluña. En: *Niusdiario.es*. 9 de mayo de 2020. [consulta: 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/triplicademanda-partos-casa-confinamiento-cataluna_18_2943945026.html>.

una atención más natural y respetuosa con la fisiología del parto, aceptó atenderla en casa cuando llegara el momento.

Cuando Marta se puso de parto, todo se desarrolló con normalidad durante las primeras horas, pero cuando ya estaba dilatada casi completamente, la matrona se percató de que el feto (en este caso una niña) estaba situada en una posición occipito-posterior que dificultaba su descenso por el canal del parto; en un determinado momento, ello se acompañó de la ruptura espontánea de la bolsa de las aguas y se comprobó que el líquido amniótico era meconial. Ante las dificultades con el expulsivo y las posibilidades de que se desarrollara una situación de sufrimiento fetal, la matrona aconsejó a Marta trasladarse al hospital para la atención a la última fase del parto. Cuando llego al hospital, aplicaron a Marta una anestesia peridural y un acortamiento del expulsivo mediante la aplicación de fórceps para el nacimiento de la niña; tras una primera exploración de los pediatras, decidieron que era mejor trasladar a la niña a la unidad de neonatología.

Cuando Marta fue entrevistada, unos meses después del parto, nos dice:[14]

> La dejaron encima mío dos o tres minutos, y los pediatras luego ya estuvieron auscultando encima mío, pero como ya vieron que querían mirarla más en la cuna térmica y tal, ya entonces la pusieron en la cuna y la apartaron de encima mío, estuvo apenas dos o tres minutos conmigo, luego ya la pusieron y ya se la llevaron a la incubadora. A mí, ahí sí que me duele porque no pude estar con ella hasta las 11 o 12 de la noche que pudimos subir. Yo entiendo el tema del coronavirus, de los protocolos, pero claro, a mí, después de haber parido, nacido ella a las seis menos diez, hasta las siete y pico no me hicieron la PCR. Y luego hasta que no tienen el resultado de la PCR no te dejan subir a verla, y en planta no te dan información, porque te lo tienen que dar directamente los neonatólogos. Entonces, yo a las 10 de la noche o así, llame a neonatología para decir, mira: quiero saber sobre mi hija. Y claro, la enfermera te dice: bueno, ahora le digo al neonatólogo que te informe. Yo entiendo, lo que pasa es que a veces los profesionales son demasiado puristas y los protocolos no ayudan para todo esto. A mí me

[14] A pesar de que el caso es ficticio, la parte correspondiente a las palabras de la mujer se corresponden con una de las entrevistas realizadas por la autora del capítulo en el proyecto de Investigación «Dar a luz en tiempos de Pandemia COVID-19: Implicaciones éticas», financiado con una beca de la Fundación Víctor Grífols i Lucas en la edición de 2020.

> queda la pena de estas horas sin poder ver a mi hija, ni saber cómo estaba… y sé que también el tema de la lactancia, luego los inicios han sido dificultosos porque hasta las 12 o así no subimos a verla. Cuando por ejemplo llegó mi pareja…, yo no entiendo, a los acompañantes no les hacen PCR, entonces yo dije, bueno, no está mi PCR, si a él no le vas a hacer PCR, pues que él pueda subir a ver a la niña. Y no, hasta que no tuviera la PCR mía, no podía subir a verla él tampoco. Cuando claro, es una cosa un poco absurda, porque dices, a él en ningún momento se le iba a hacer, y bueno, luego subimos nosotros, los dos juntos, yo con PCR negativa y él sin PCR…, pero ya has pasado todas esas horas y a ella la tuvieron en dieta absoluta, sin comer y sin agarrarse al pecho, hasta las nueve de la mañana, entonces hasta las nueve de la mañana siguiente no hemos podido intentar ponerla al pecho. Pues son los protocolos que marcaron un poco el inicio de poder establecer más ese vínculo desde el principio.

Reflexiones finales

Nos hallamos ante la atención al parto en un centro hospitalario durante la primera ola de la pandemia por Covid-19. El embarazo y el parto, cuando no están acompañados de complicaciones, se enmarcan en la fisiología, constituyen eventos relevantes en la vida de las mujeres que se inscriben en lo que podemos denominar «fisiología de la procreación».

Históricamente, los nacimientos siempre fueron atendidos en los domicilios y siempre en un ambiente femenino. Fue en el tránsito entre los siglos XVI y XVII cuando se produjeron en Europa importantes cambios sociales, entre los que cabe destacar el surgimiento de una nueva clase social: la burguesía. Se trataba de una clase social desprovista de los privilegios nobiliarios pero que poco a poco fue consiguiendo una posición social distinguida frente al resto de la población. Se trataba de «hombres de negocios», dedicados al comercio a gran escala o a las finanzas, así como grandes propietarios laicos o eclesiásticos, recaudadores al servicio del rey…, pero además entre esta nueva burguesía incipiente se hallaban profesionales liberales fundamentalmente vinculados a la administración de justicia. Esta nueva clase social se alió con las monarquías que se estaban imponiendo a los señores feudales, surgió una nueva clase de funcionario con preparación jurídica y financiera que contribuyó a la construcción de un Estado potente y centralizado.

Con la creación de estos estados modernos, el nacimiento de bebés, que más adelante se convertirían en ciudadanos, pasó a convertirse en una cuestión de interés público, dejando de ser considerado un fenómeno circunscrito al ámbito privado familiar. Este cambio en el imaginario social ayudó a que los hombres pudieran entrar en el ámbito de la asistencia al nacimiento, hasta entonces reservado en exclusiva al mundo femenino. Los cirujanos barberos que existían desde el siglo XIII, y que en un principio se ocupaban solamente de afecciones externas, siendo considerados artesanos que aprendían el oficio mediante una estructura gremial, poco a poco se acercaron a la práctica médica, y para ello abandonaron la barbería y se relacionaron con la universidad. El número de universidades y de facultades de medicina había aumentado, y el número de médicos también; los cirujanos que ahora tenían cierta formación académica precisaban un espacio propio de asistencia y la atención al parto les brindaba dicha oportunidad; de esta forma aparecieron los cirujanos comadrones.[15]Al mismo tiempo, las comadronas fueron acusadas de ignorancia, puesto que dejaban actuar a la naturaleza sin ningún tipo de intervención. Entre los siglos XVI y XVII se produjo una caza de brujas, entre las que se encontraban muchas comadronas que fueron acusadas de brujería.[16] En contra de estas presumibles brujas se realizaron varias acusaciones que incluían desde la subversión política a la herejía religiosa. Con todo, fueron tres las acusaciones que se repetían de forma más insistente: en primer lugar, se las acusaba de delitos sexuales cometidos en contra de los hombres; en segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas; y, finalmente, la tercera acusación era la de poseer poderes mágicos sobre la salud que podían provocar el mal, pero que también tenían la capacidad de curar.

Entre los cirujanos de más renombre de la época podemos citar a la familia Chamberlain, quienes inventaron e introdujeron el fórceps obstétrico, con el cual

[15] Goberna-Tricas, Josefina. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. En: Boladeras Cucurella, Margarita; Goberna-Tricas, Josefina (coords.). *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona, 2016, p. 41-58.

[16] Ehrenreich, B.; English, D. *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad*. Barcelona: Ediciones La Sal, 1973, p. 11.

conseguían sacar a bebes vivos en partos difíciles en los que antes hubieran muerto.[17] Las mujeres burguesas, poco a poco, abandonaron el natural pudor y permitieron que estos cirujanos comadrones, y después también los médicos, entraran en las alcobas a atenderles el parto. Había llegado la atención médica masculina junto con la tecnificación en la atención al parto gracias al fórceps obstétrico. Ello no conllevó ningún cambio en el escenario de atención al parto: los nacimientos seguían asistiéndose en el interior de los domicilios, puesto que los hospitales, como se ha citado, eran lugares infectos donde solamente daban a luz mujeres solteras, sin hogar, que solían dejar a sus hijos en el orfelinato y que a veces dejaban también sus vidas a causa de las fiebres puerperales. Pero las mejoras en asepsia y el descubrimiento de los microorganismos permitieron que a finales del siglo XIX los hospitales fueran considerados lugares más seguros. A inicios del siglo XX se comenzó a atender los partos en el interior de los hospitales. La revolución biomédica del siglo XX, junto con el interés de los Estados modernos en la salud materno-infantil, animó a las mujeres a dejar sus hogares para ingresar en hospitales y tener allí a sus hijos. Los hospitales fueron considerados lugares seguros para dar a luz, puesto que allí se disponía de una concentración de personal sanitario y de tecnología que permitía enfrentarse, de forma eficaz, a las posibles complicaciones del parto. Sin embargo, a partir de la década de los años setenta del siglo XX se empezaron a escuchar voces de alarma que consideraban que se medicalizaba excesivamente la atención al parto, generándose un proceso de alienación de la mujer gestante, y además se denunciaba que la medicalización se había acompañado de una pérdida de calidad humana en la relación asistencial.[18]

[17] Towler, J.; Bramall, J. *Comadronas en la historia y en la sociedad.* Barcelona: Masson, 1986, p. 98; O'down, M. J.; Philipp, E. E. *Historia de la ginecología y obstetricia.* Barcelona: Edika Médica, 1994, p. 116-130 y p. 519.

[18] Akrich, Madeleine. El activismo en torno al nacimiento hoy: política y conocimientos. En: Boladeras, Margarita (coord.). *Bioética del cuidar ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Madrid: Tecnos, 2015, p. 57-62.

Estas denuncias llegaron a instancias institucionales y la Organización Mundial de la Salud[19] reconoció en 2014 que:

> Todas las mujeres tienen el derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, incluyendo el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, y el derecho a no padecer violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto durante el parto pueden constituir una violación de los derechos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y en los principios internacionales de los derechos humanos.

Estas situaciones de maltrato y falta de respeto en la atención al parto son consideradas por algunos autores como de violencia obstétrica.[20] Recientemente tanto la Asamblea General de Naciones Unidas (2019)[21] como la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2019)[22] han publicado informes donde de forma explícita se reconoce la existencia de violencia obstétrica contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en los que se analizan las causas y problemas estructurales que deben afrontarse para eliminar estas formas de maltrato. El reconocimiento de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género permitía poner hilo a la aguja para evidenciar las distintas formas de falta de respeto y de situaciones violentas hacia las mujeres, y por tanto iniciar un camino hacia su resolución.

---

[19] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponible en: <www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/>.

[20] Olza Fernández, Ivone. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. En: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014, núm. 111, 2014, p. 79-83; SADLER, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, p. 47-55.

[21] Asamblea General de las Naciones Unidas. Secretario General. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* 11 de julio de 2019. Disponible en: <www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10562.pdf>.

[22] Consejo de Europa. Asamblea Parlamentaria. *Obstetrical and gynaecological violence*. 3 de octubre de 2019. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>.

Sin embargo, la actual pandemia por SARS-CoV 2 ha puesto de manifiesto que la resolución de esta situación debe replantearse. Aunque la pandemia se ha manifestado como un fenómeno global, no todos los países han resultado igualmente afectados, ni tampoco todos han respondido de la misma forma en lo referente a la atención a las mujeres durante el parto. Así, en países en que no es excepcional la atención del parto en el domicilio, esta ha incrementado la demanda. Asimismo, en algunos entornos se han adaptado hoteles para la atención al parto normal. En España, y concretamente en Cataluña, se ha producido una recentralización de la atención al parto, de modo que algunos hospitales han cerrado sus paritorios y las matronas que prestaban allí sus servicios, al poseer el título de enfermeras, como previo al de matronas, han sido destinadas a plantas dedicadas a la atención de pacientes con Covid, mientras que otros centros hospitalarios han concentrado un número mayor de partos en salas más o menos aisladas del resto del hospital dedicado a la atención de la pandemia.[23]

El parto en el domicilio en España en general y en Cataluña en particular es algo excepcional, no financiado desde el sistema público de salud, y aunque su demanda ha aumentado en los últimos meses, la atención a los partos sigue desarrollándose mayoritariamente en el interior de centros hospitalarios en los que se da atención a todo tipo de enfermos y que se encuentran, aún hoy en día, fundamentalmente orientados a la atención a los enfermos de Covid.[24]

La *International Confederation of Midwives* publicó el 4 de mayo de 2020,[25] unos meses tras el inicio de la pandemia, un documento en que pretende llamar la atención a las autoridades sanitarias mundiales acerca de la falta de observación de los derechos de las mujeres en cuestiones relacionadas con la atención al nacimiento,

[23] Goberna-Tricas, Josefina, et al. The COVID-19 Pandemic in Spain: Experiences of Midwives on the Healthcare Frontline. En: *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021, vol 18, núm. 12, p. 6516.

[24] Costa Abós, Silvia; Goberna-Tricas, Josefina, *op. cit.*

[25] International Confederation of Midwives. *Protecting Midwives to Sustain Care for Women, Newborns and their Families in the COVID-19 Pandemic, 2020*. [consulta: 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <www.internationalmidwives.org/icm-news/joint-call-to-action-protecting-midwives-to-sustain-care-for-women,-newborns-their-families-in-the-covid-19-pandemic.html>.

así como al olvido que ante esta situación de estrés sanitario se ha relegado a matronas y otros profesionales sanitarios que atienden los nacimientos.

La presencia de Covid-19 constituye un factor fundamental de vulnerabilidad que atraviesa y da un nuevo sentido a la cuestión de la violencia obstétrica. En estos momentos debemos preguntarnos: ¿Podemos seguir atendiendo el proceso normal de embarazo y parto en los entornos sanitarios convencionales? ¿Debemos seguir institucionalizando la atención al parto en el interior de hospitales generales donde las mujeres deben dar a luz con la mascarilla puesta? ¿Siguen siendo entornos seguros para la atención al nacimiento? Existen modelos hospitalarios, especialmente en el caso de los sofisticados hospitales de tercer nivel en que los servicios de atención al parto se sitúan en edificios separados. Sin embargo, en otros casos, especialmente en hospitales medios o comarcales, las salas de partos se encuentran en el mismo módulo que los quirófanos generales, y con demasiada frecuencia las salas de partos suelen ubicarse en subterráneos mal ventilados, a pesar de que los mismos hospitales tienen un acceso general caracterizado por grandes entradas y halls iluminados y ventilados. Existen modelos de atención al parto en unidades anexas a los centros sanitarios, son las llamadas «casas de partos», en las cuales se atienden los partos de bajo o medio riesgo, donde la atención va a cargo de matronas y que se encuentran en las inmediaciones, pero separados totalmente de los centros sanitarios.[26] Este modelo, a pesar de ser ampliamente conocido y contrastado en relación con su seguridad, es de poca aplicación, sobre todo en nuestro país.

Pero incluso en unidades de parto separadas, podemos ver en el caso de Marta como la aplicación estricta de unos protocolos que no tienen en cuenta la individualidad de cada situación puede llevar a situaciones absurdas o sin sentido como la que Marta nos cuenta cuando ingresan a su hija y no pueden ir a verla.

Ante la situación planteada por la Pandemia de Covid-19, se convierte en más acuciante la siguiente cuestión: ¿Se debería pensar en una atención en «casa de

[26] López, Gemma; Jiménez, Marta. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. En: *Matronas Profesión*. 2009, vol. 10, núm. 2, 2009, p. 12-15.

partos» anexas a centros sanitarios pero separados y con entradas y circulación diferenciada de los hospitales generales? E incluso: ¿Debería financiarse desde los sistemas públicos de salud la atención al parto en el domicilio para aquellas mujeres que lo eligieran y que tuvieran embarazos de bajo riesgo? El parto en el domicilio se ha mostrado tan seguro como el parto hospitalario[27] (quizás incluso más tras la pandemia). ¿Los protocolos hospitalarios deberían individualizarse sin que ello provocara conflictos y temores a demandas en los profesionales sanitarios?

Se impone un cambio radical en el imaginario colectivo que recupere algunas de las nociones higienistas propias de los siglos anteriores en que se tenía en consideración la transmisión aérea de las enfermedades. Aspectos como dos personas en un mismo *box* de urgencias o en la misma habitación, pasillos y salas de diagnóstico mal ventiladas… deben hacernos reflexionar sobre el concepto de «seguridad hospitalaria».

La necesidad de cuidados, como elemento esencial de la propia existencia humana, se convierte en central en los extremos de la vida: durante los primeros y también, aunque no sea aquí tema de estudio, en los últimos años. El cuidado impone la necesidad de tener en cuenta a cada persona en su individualidad, por lo tanto, los protocolos que se redactan en base a un «yo generalizado» deben entenderse y aplicarse a cada uno de los «yoes concretos».

Autores como García Selgas y Martín Palomo[28] proponen una ontología política en la cual se tenga en cuenta una visión del ser humano y de su entorno como realidades interdependientes, gestadas y sostenidas por cuidados, un mundo de existencias contingentes y disputables, de materializaciones de cuidados.

Esta centralidad de los cuidados debe integrarse en la concepción de los hospitales. Si conseguimos integrar en el imaginario colectivo «los cuidados» como necesidad central de la existencia humana y de su vulnerabilidad, ello nos llevará a

[27] Rodríguez-Garrido, Pía; Goberna-Tricas, Josefina. (In) seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. En: *Matronas Profesión*. 2020, vol. 21, núm. 2, p. e37-e46.

[28] García Selgas, Fernando J.; Martín Palomo, M. Teresa. Repensar los cuidados: de las prácticas a la ontopolítica. En: *Revista Internacional de Sociología*. 2021, vol. 79, núm. 3, p. 3.188.

repensar los hospitales, tanto desde el punto de vista de su construcción arquitectónica como desde el punto de vista del «cuidado» en las prácticas sanitarias y en la relación asistencial.

La política actual ha asumido la prestación de asistencia sanitaria como uno de los pilares básicos del bienestar de sus ciudadanos, pero los actuales sistemas de asistencia sanitaria se han visto afectados por dilemas relacionados con la equidad, la justicia distributiva y también con el concepto de seguridad que generaba el sistema sanitario. La pandemia por Covid-19 trastocó de pleno el sistema sanitario, que se volcó en la atención a la nueva enfermedad, tanto en los hospitales como en los centros de atención primaria. Tras dos años de la llegada del SARS-CoV-2, es el momento de la reflexión y la consiguiente actuación; lo hasta aquí expuesto pretende simplemente ser un elemento más de reflexión en este sentido.

REPLANTEANDO EL LUGAR DE NACIMIENTO

Laia Casadevall Castañé

Hace ya un año que la pandemia del coronavirus apareció en nuestras vidas y cambió de forma importante la atención al embarazo, el parto, el nacimiento y el puerperio de las mujeres y sus criaturas.

La pandemia nos ha hecho retroceder en calidad asistencial y en derechos. Las mujeres han tenido que vivir sus embarazos muy solas, y ya disponemos de estudios que nos muestran las repercusiones de la pandemia en la salud mental de las madres durante este período, que se manifiestan con más prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres que dieron a luz antes de la era del coronavirus.[1]

Durante el embarazo hemos visto como las visitas presenciales se veían reducidas y eran sustituidas por consultas telefónicas. Se ha restringido el acceso a acompañamiento durante las visitas prenatales, incluso en las ecografías obstétricas. A menudo, se han dado malas noticias a las madres solas, sin apoyo ni presencia de la

[1] Berthelot, N., et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. En: *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020, vol. 99, núm. 7, p. 848-855.

pareja, en situación de completa vulnerabilidad. Y, además, se han anulado los cursos de preparación a la maternidad presenciales.

Las mujeres han vivido el embarazo en pandemia aisladas y con mayor dificultad o miedo para acceder a los servicios sanitarios en caso de necesidad. Estas demoras son causadas a menudo por el temor a acudir a un hospital y contagiarse del virus, dificultades para acceder a un transporte seguro y libre de contagios (coche particular), aislamiento social y recortes en los servicios de obstetricia. Sabemos que las demoras en la búsqueda de atención sanitaria y los retrasos en recibir ayuda en caso de necesidad tienen repercusiones directas en la mortalidad materna.[2] Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud ha reiterado la necesidad de proteger los servicios esenciales de obstetricia como prioridad en pandemia. La interrupción de estos servicios puede tener consecuencias importantes, como el aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en poblaciones vulnerables[3]. Y así se ha confirmado en una revisión sistemática reciente,[4] que nos ha mostrado ya los efectos graves de la pandemia en la salud materna y perinatal a nivel global con un aumento de las muertes maternas, muertes intrauterinas, roturas en embarazos ectópicos y la depresión materna.

Durante el proceso de parto, los derechos de las mujeres también se han visto afectados y hemos retrocedido en calidad asistencial.

Cuando el trabajo de parto comienza, las mujeres reciben una PCR al llegar al hospital para determinar su estatus de salud en referencia al coronavirus. Tanto si el resultado es positivo como negativo, las mujeres en España son impulsadas a dar a luz con mascarilla, a diferencia de otros países de nuestro entorno. La mascarilla

[2] Costa Osanan, G.; Escobar Vidarte, M. F.; Ludmir, J. Do not forget our pregnant women during the COVID-19 pandemic. En: *Women & Health*. 2020, vol. 60, núm. 9, p. 959-962.

[3] Roberton, T., et al. Early estimates of the indirect effects of the coronavirus pandemic on maternal and child mortality in low-and middle-income countries. En: *The Lancet Global Health*. 2020, vol. 8, núm. 7, p. e901-e908.

[4] Chmielewska, B., et al. Effects of the covid-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. En: *The Lancet Global Health*. 2021, vol. 9, núm. 6, p. e759-e772.

puede ser molesta, especialmente en partos fisiológicos. Además, limita la comunicación y es una forma más de medicalizar el parto. Para algunas mujeres, llevar mascarilla durante el parto puede asociarse a sensaciones de claustrofobia y falta de oxígeno. Sabemos que llevar mascarilla durante el embarazo puede dificultar el intercambio de gases y fuerza un trabajo metabólico adicional en el cuerpo.[5] Por este motivo, el Royal College of Midwives de Inglaterra emitió un comunicado en julio de 2020 en contra del uso generalizado de la mascarilla por parte de las gestantes durante el parto.[6] De acuerdo con dicho comunicado, solamente las mujeres con un resultado de PCR positiva deberían dar a luz con mascarilla y, en todo caso, son los profesionales los que deben ir adecuadamente protegidos para la atención al parto y al nacimiento.

Además, algunos hospitales han utilizado la pandemia para restringir el acompañamiento en algunas fases del parto e incluso, en algunas ocasiones, para prohibir el acompañamiento, especialmente en partos por cesárea. Sabemos que el apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados para las mujeres y los recién nacidos, entre ellos el aumento del parto vaginal espontáneo, la menor duración del trabajo de parto y la disminución de los partos por cesárea, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgésico, el uso de analgésicos regionales, la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos y los sentimientos negativos sobre las experiencias del parto.[7] Estar acompañada durante el parto es un derecho que no se debería vulnerar en ningún caso, dado que tiene importantes implicaciones físicas y emocionales.

Dada la situación de emergencia inicial, muchos hospitales empezaron a implementar protocolos, sin evidencia científica, que fomentaban la separación madre-

[5] Tong, Pearl Shuang Ye. Respiratory consequences of N95-type Mask usage in pregnant healthcare workers - A controlled clinical study. En: *Antimicrob Resist Infect Control*. 2015; vol. 4, núm. 1, p. 1-10.

[6] The Royal College of Midwives. *Face-coverings and care in labour forallwomen, Guidance on whetherit should be recommended thatwomen wear face-coverings or facemasks during labour and birth*. 2020. Disponible en: <www.rcm.org.uk/media/4151/clinical-briefing-face-mask.pdf>.

[7] Bohren, M. A., et al. Continuous support for women during childbirth. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, vol. 7.

bebé, el corte precoz del cordón umbilical o la imposibilidad de lactancia materna directa en madres positivas. Rápidamente se pronunciaron en contra de dichas intervenciones dañinas y sin base científica asociaciones de mujeres, asociaciones profesionales e incluso la propia Organización Mundial de la Salud, aclarando que incluso los bebés nacidos de madres con sospecha o infección confirmada por Covid-19 podían ser amamantados antes de la primera hora al nacer y se les debía permitir estar juntos, practicar el piel con piel y el método canguro, debiendo mantener las medidas de higiene respiratoria incluso mientras amamantan, usando mascarilla y lavado de manos antes de tocar a sus bebés.[8]

Todos estos cambios en la atención al parto y nacimiento hicieron replantear el lugar planificado para dar a luz de muchas mujeres, considerando los partos fuera del hospital como una opción más segura durante la pandemia.

Sabemos que el parto en casa en mujeres de bajo riesgo acompañadas por una matrona y en un sistema donde el traslado es posible en caso de emergencia es una opción válida y segura para las madres y sus bebés. La evidencia científica[9] ha mostrado menor riesgo de parto instrumentado, cesárea, episiotomía, desgarros perineales de tercer y cuarto grado, hemorragias posparto e infecciones en mujeres que dan a luz en casa en comparación con mujeres de bajo riesgo que dan a luz en el hospital. Además, la evidencia muestra menor utilización de epidural y oxitocina sintética en las mujeres que dan a luz en su propio domicilio. Para los bebés, la evidencia científica[10] nos muestra que los resultados perinatales no difieren entre

[8] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna*. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth>.

[9] Reitsma, A., et al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *E-Clinical Medicine-The Lancet*. 2020, vol. 21.

[10] Hutton, E. K., et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *E-Clinical Medicine-The Lancet*. 2019.

los nacidos en casa y los nacidos en el hospital en mujeres de bajo riesgo. Los resultados de dichas revisiones sistemáticas, donde se muestra la seguridad del parto en casa, son extrapolables a nuestro contexto, tal y como ha confirmado recientemente el estudio publicado en Cataluña por Lucia Alcaraz y sus colegas.[11]

Otra investigación reciente sobre coronavirus y bebés publicada en Inglaterra[12] muestra que, mientras la infección por SARS-CoV-2 en bebés es muy baja, en el estudio hubo ocho bebés contagiados en el hospital (infección nosocomial). Estos resultados nos confirman que dar a luz en un hospital en tiempos de pandemia tiene riesgos añadidos, aunque estos sean bajos.

Dada la demostrada seguridad del parto en casa y el aumento de la demanda de partos fuera del hospital, el sistema debería haber replanteado el lugar de parto y nacimiento de mujeres sanas fuera de las instituciones sanitarias, colapsadas por la pandemia, como una opción más.

El sistema hubiera podido ahorrar muchos costes si las mujeres de bajo riesgo hubieran podido dar a luz en sus propios domicilios o en casas de parto, tal y como afirma un estudio realizado en Australia.[13] Según dicho trabajo, se estima que los partos por cesárea podrían haberse reducido del 13,4 % al 2,7 % en mujeres de bajo riesgo, de modo que se habrían liberado camas hospitalarias y camas de cuidados intensivos, de lo cual resultaría un ahorro para el sistema público que se podría haber destinado a la pandemia.

A pesar del ahorro de costes que el sistema podría obtener si las mujeres de bajo riesgo pudieran tener acceso al parto en casa o en casas de parto libres de Covid-19, en España no se han facilitado alternativas, y en otros países, como Inglaterra, donde el parto en casa está integrado dentro del propio sistema de salud público,

[11] Alcaraz, L., et al. Planned home birth in Catalonia (Spain): A descriptive study. En: *Midwifery*. 2021, vol. 98, p. 102977.

[12] Gale, C., et al. Characteristics and outcomes of neonatal SARS-CoV-2 infection in the UK: a prospective national cohort study using active surveillance. En: *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2021, vol. 5, núm. 2., p. 113-121.

[13] Callander, E. J. The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era. En: *Birth*. 2021, vol. 48, núm. 2, p. 274-282.

esta opción sufrió graves recortes durante la pandemia debido a la falta de personal sanitario, ambulancias y recursos.[14]

Estas restricciones para acceder al parto en casa atendido por matronas del sistema público de salud (NHS) supusieron en Inglaterra recortes en los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Hay mujeres que se sienten más seguras en casa que en un hospital para dar a luz, y que el sistema les obligue a dar a luz en una institución puede causarles un fuerte estrés, con importantes repercusiones de salud mental.

Otra consecuencia de que el sistema desilusione a las mujeres recortando en derechos básicos su atención y sus opciones es el aumento de los partos sin asistencia médica, que se han incrementado a raíz de la pandemia mundial, muchas veces no como una decisión firme, sino sintiéndose empujadas a ello por la falta de respuesta del sistema frente a sus necesidades.[15]

No ha sido así en todos los sitios. Por ejemplo, en Holanda, el parto en casa es una opción dentro del propio sistema de salud y, además, durante la pandemia se habilitaron hoteles como casas de parto para poder liberar las instituciones sanitarias.

La pandemia del coronavirus nos ha enseñado que quizás es hora de replantear el lugar de parto y nacimiento en mujeres y bebés sanos, y esta es la reclamación de muchas mujeres, que se sienten más seguras y protegidas fuera de las instituciones con enfermos de coronavirus. Para el sistema es importante escuchar y valorar esta opción, dado que podría ahorrarse muchos costes que podrían ser aprovechados después de la pandemia. Además, sabemos que el parto en casa o en casas de parto es una opción segura para las madres y los bebés de bajo riesgo cuando estos son atendidos por matronas.

[14] Nelson, A.; Romains, E. C. Home-Birthing and Free-Birthing in the era of COVID-19. En: *BMJ Sexual and Reproductive Health Blog*. 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmjsrh/2020/04/02/home-birth-covid-19/>.

[15] Romanis, E. C; Nelson, A. Homebirthing in the United Kingdom during COVID-19. En: *Medical Law International*. 2020, vol. 20, núm. 3, p. 183-200.

Si tenemos, por un lado, la seguridad garantizada y, por el otro, la demanda de las mujeres y, finalmente, el ahorro de costes, ¿no sería importante replantear el lugar y las opciones que nuestro sistema ofrece a las mujeres para dar a luz?

Es hora de preguntarnos si realmente los hospitales son o han sido alguna vez la opción más segura. Según la revisión Cochrane, «no existen pruebas sólidas a partir de ensayos aleatorios para favorecer el parto planificado en el hospital o el parto planificado en el domicilio en las pacientes embarazadas de bajo riesgo».[16] Es decir, nunca se ha demostrado que el parto en instituciones sea más seguro para mujeres de bajo riesgo, y así lo ha seguido confirmando la evidencia científica disponible hasta día de hoy.

Mientras, si el sistema no hace frente a la evidencia científica y a este reclamo, nos encontraremos con mujeres que se sienten obligadas a dar a luz en instituciones por falta de recursos, dado que en España el parto en casa es una opción totalmente privada que las familias tienen que pagar íntegramente de su propia economía. O, peor aún, nos encontramos con un aumento de partos en casa asistidos por no profesionales, con los riesgos que esta práctica puede conllevar.

Parir en casa es un derecho reconocido por la Corte Europea de Derechos Humanos. Todos los Estados miembros deberían garantizar su acceso para las mujeres que deseen esta opción. En España sigue siendo un privilegio, mientras que, en países de nuestro entorno europeo, o bien lo tienen integrado dentro del propio sistema sanitario de salud (Inglaterra, Irlanda u Holanda) o bien reembolsan totalmente o parte de los gastos a la familia las aseguradoras o el propio gobierno (Suiza, Austria, Suecia, Italia y Alemania, entre otros).

Es hora de hacer frente a esta demanda creciente que ya hace años que una parte de la sociedad reclama y que la pandemia del coronavirus ha hecho más visible. Las mujeres sanas quieren alternativas para dar a luz fuera de las instituciones sanitarias. Se trata de opciones que ya funcionan con éxito en países de nuestro entorno, que son seguras y costoefectivas.

[16] Olsen, O.; Clausen, J. A. Planned hospital birth versus planned home birth. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, vol. 11.

VULNERABLES O EMPODERADAS. LA DECISIÓN DE PARIR EN CASA DURANTE LA PANDEMIA

Silvia Costa Abós

Reflexionando acerca de la «vulnerabilidad» (tras) la pandemia

La conciencia de fragilidad y vulnerabilidad del ser humano ha sido uno de los rasgos más comentados, debatidos e interiorizados por todos en este tiempo catastrófico que nos ha tocado vivir. Un virus inesperado ha puesto al mundo entre paréntesis, ha trastocado las formas de vivir, nos ha obligado a aceptar limitaciones que nunca hubiéramos imaginado, nos ha hecho un poco menos arrogantes y seguros de nosotros mismos.[1] El valor e importancia de los cuidados es uno de los aspectos que la pandemia ha desvelado como fundamental.

La actual pandemia nos recuerda que la aspiración a la autonomía del individuo ha de verse contrapesada en todo momento por el reconocimiento de nuestra vulnerabilidad y mutua dependencia. Además, descubrimos el verdadero sentido que tiene esta autonomía: ha de orientarse precisamente hacia el cuidado de los demás, hacia la mitigación de la vulnerabilidad humana.[2] Todo

[1] Camps, V. *Tiempo de Cuidados. Otra forma de estar en el mundo*. Barcelona: Arpa, 2021.

[2] Marcos, A. Con Covid o sin Covid: la vulnerabilidad humana. En: *Cuadernos de Bioética*, vol. 31, núm. 102, p. 139-149.

ello configura de un modo intenso y vívido una ética del cuidado propio y mutuo:

> La vulnerabilidad en la que somos, vivimos y desarrollamos nuestra vida nos exige extremar nuestra prudencia […]. Somos vulnerables y, desde el reconocimiento de nuestra fragilidad, debemos ofrecer la respuesta ética: el cuidado, que se traduce en la obligación de acciones prudentes.[3]

El principio de la vulnerabilidad se relaciona directamente con el cuidar y con la idea de responsabilidad.[4] Desde la perspectiva ética existe una aproximación con la cuestión percibida como alteridad, o sea, la responsabilidad con el otro, con el prójimo. Esta perspectiva se atañe más directamente al ser que cuida, pues hay un imperativo de la vulnerabilidad y esto significa que existe una necesidad de atender, de cuidar al otro.[5]

La pandemia que estamos sufriendo supone una especie de prueba de estrés no solo para los sistemas sanitarios y para la economía del planeta, sino también para los distintos sistemas éticos.[6] La vulnerabilidad humana es, por tanto, tan paradójica como otras muchas características del ser humano: además de que somos al mismo tiempo seres sociables e insociables, racionales e irracionales, sapiens y *demens*, egoístas y altruistas, inteligentes y estúpidos, etc., somos también vulnerables y empoderables.[7] Y es que el empoderamiento no es más que el aumento de capacidades que nos permite reducir la vulnerabilidad.

La pandemia del Covid y sus paradojas

Tras esta reflexión inicial, sucinta en el relato, aunque muy amplia en proceso y lecturas previas, me provocan diversas cuestiones relacionadas con el concepto de

[3] Feito Grande, L. Vulnerabilidad y deliberación en tiempos de epidemia. En: *Enrahonar: an international journal of theoretical and practical reason*. 2020, vol. 65, p. 27-36.

[4] Waldow, V. R. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. En: *Index de Enfermeria*. 2015, vol. 23, no. 4, p. 234-238.

[5] Camps, V. La obligación de cuidar nos afecta a todos. En: *El País*. 24 de abril de 2021. [consulta: 22 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://elpais.com/babelia/2021-04-24/victoria-camps-la-obligacion-de-cuidar-nos-afecta-a-todos.html#?prm=copy_link>.

[6] Marcos, A.; Alonso, C. J. *Un paseo por la ética actual*. Madrid: Digital Reasons, 2020.

[7] Martínez Navarro, E. Ética de la vulnerabilidad en tiempos de pandemia. En: *Veritas*. 2020, núm. 46, p. 77-96.

vulnerabilidad — complejo de aprehender— y su atribución certera. ¿Quiénes han sido las personas o grupos más vulnerables, desde una perspectiva sanitaria, en el periodo de confinamiento y alerta por la Covid-19?

Por primera vez en la historia de las epidemias acaecidas desde la posguerra, hay una reversión de qué países son los más afectados por una pandemia. A principios de mayo de 2020, más del 90 % de todas las muertes notificadas por la enfermedad del coronavirus 2019 (Covid-19) se produjeron en los países más ricos del mundo. Autores como Cash y Patel[8] enfatizan el hecho inédito de que han sido los países acomodados los más afectados en primera instancia por el contagio. Las poblaciones de los países de ingresos bajos y medianos bajos son mucho más jóvenes y la mayoría de las personas mayores vive en casa, no en residencias, donde se han producido hasta la mitad de todas las muertes en los países ricos.

La pandemia ha puesto de relieve otras incongruencias, aunque de manera dramática, acerca de nuestra concepción sobre la salud/enfermedad/atención. El lugar hegemónico que por excelencia ha sido cobijo para quienes enferman, reciben tratamiento y cuidados para recobrar la salud, se torna vulnerable por el riesgo que conlleva tanto a pacientes como a profesionales en el desempeño de sus roles. Así ha sucedido con el *hospital* en un entorno hostil amenazado por el virus del Covid.

Feito argumenta que hemos sido conscientes de la fragilidad de nuestro modo de vida, instalado sobre la presunta seguridad de nuestra salud y del espejismo de un sistema sanitario todopoderoso que podría salvarnos y garantizar nuestra supervivencia.[9]

¿Qué es lo que ha ocurrido dentro de estos lugares concebidos por y para el cuidado y la recuperación de la salud para afrontar la crisis pandémica?

En términos generales, durante la pandemia no ha existido deliberación, que es el método por excelencia de la bioética. Ha primado un exceso de cientifismo y

[8] Cash, R.; Patel, V. Has COVID-19 subverted global health? En: *The Lancet*. 2020, vol. 395, núm. 10238, p. 1687–1688.

[9] Feito Grande, L., *op cit.*

dilematismo,[10] es decir, cuando la ciencia se expresa en términos dilemáticos se refiere a que solo hay una respuesta correcta, sin que soluciones intermedias encuentren cabida en el método científico, mostrando inflexibilidad a la hora de aplicar los protocolos sin explorar situaciones intermedias de atención centrada en la persona y no en su enfermedad, lo que en no pocas ocasiones origina iatrogenia. El ejemplo más evidente es la muerte en soledad sin permitir ningún tipo de acompañamiento, sin otorgar cierto grado de autonomía a los pacientes y familiares, sin preservar la libertad de las personas para asumir cierto tipo de decisiones aun asumiendo el propio riesgo de contagio.[11]

Pero si es grave la muerte en soledad, no lo es menos el duelo patológico que harán las más de 100 000 personas que no vemos y que no han podido despedirse.[12] Montse Esquerda, que dirige el Instituto Borja de Bioética de Barcelona, experta en duelo, teme que nuestras prisas por pasar página hagan que el dolor de la actual crisis quede encapsulado, así como el estrés sufrido por el personal sanitario tras la intensidad de estas vivencias de las que aún no ha podido recobrarse, sumado a la falta de recursos, al inicio, para la protección personal.

Los lugares y maneras de «dar a luz»

Desde que estalló la pandemia causada por la Covid-19, muchos de los servicios habituales sociosanitarios han tenido que readaptarse para proporcionar seguridad y evitar el contagio, como máxima prioridad. Las mujeres embarazadas han sido

[10] De Montalvo Jääskeläinen, F. Pandemias, Política y Ciencia: el Papel de la Ciencia y los Científicos en la Solución de los Conflictos derivados de la Pandemia de la COVID-19. En: *Cuadernos de Bioética*. 2020, vol. 31, núm. 102, p. 151–165.

[11] Sánchez Jacob, M. ¿Por qué se ha obviado la bioética en la pandemia? En: *Boletín de Pediatría*. 2021, vol. 60, núm. 253, p. 105–109; Goikoetxea Iturregui, M. ¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia. En: *Zerbitzuan*. 2020, núm. 71, p. 119–130.

[12] Mouzo, J. Coronavirus: «Con la pandemia debe de haber 100 000 personas en duelo, pero no las vemos». En: *El País*. 6 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://elpais.com/ideas/2020-12-05/con-la-pandemia-debe-de-haber-100000-personas-en-duelo-pero-no-las-vemos.html>.

consideradas como «grupo vulnerable»[13] y, en consecuencia, se han elaborado guías específicas sobre la atención en el embarazo, parto y puerperio,[14] incluyendo también al recién nacido.

En España, la mayoría de las guías y protocolos se ha centrado en el manejo de los casos sospechosos o confirmados con la enfermedad.[15] Sin embargo, ha habido pocos documentos oficiales que de forma explícita concretaran las modificaciones que se debían hacer en la atención a un embarazo normal, quedando en manos de las áreas y centros sanitarios la adaptación de las recomendaciones, lo cual ha generado una gran heterogeneidad en el seguimiento del embarazo y parto en todo el territorio.[16] Esto dio como resultado que las salas de parto se adaptaran para atender los partos de mujeres infectadas con Covid, así como de mujeres que no se vieron afectadas.[17]

Todo ello ocurría, a pesar de las recomendaciones explícitas del Comité Bioético de España:[18]

> Cualquier criterio que se adopte deberá basarse en el pleno respeto a la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad […]. Las decisiones deben adoptarse desde la perspectiva del interés de todos los pacientes ingresados y no solo de los pacientes con coronavirus.

[13] Montero Orphanopoulos, C.; Valenzuela Puchulu, S. Embarazo vulnerable. ¿Cuál es el aporte de la bioética? En: *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2017, núm. 5, p. 1.

[14] Downe, S., et al. Provision and uptake of routine antenatal services: A qualitative evidence synthesis. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, núm. 6. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012392.pub2/full>.

[15] Ministerio de Sanidad, C. *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020.

[16] Baena-Antequera, F., et al. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? En: *Revista española de salud pública*. 2020, vol. 94, p. 5–6.

[17] Goberna-Tricas, J., et al. The covid-19 pandemic in Spain: Experiences of midwives on the healthcare frontline. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 12.

[18] Comité De Bioética De España. Informe del Comité de Bioética sobre los aspectos bioéticos de priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. En: *Persona y Bioética*. 2020, vol. 24, núm. 1, p. 77-89.

Los profesionales influyen en la experiencia de las mujeres a la hora de elegir dónde dar a luz.[19] Las matronas pueden proporcionar diferentes niveles de información dependiendo de sus creencias personales sobre la idoneidad y viabilidad de los entornos de parto y, en el contexto de pandemia, se han sentido presionadas para recomendar el parto hospitalario por razones organizativas.[20] Enfrentadas a desafíos y dilemas éticos, las matronas no han podido atender las necesidades de las mujeres que estaban a su cuidado en aislamiento.[21]

Las mujeres embarazadas durante la pandemia de Covid-19 están experimentando niveles de angustia emocional de moderados a altos, que anteriormente se ha demostrado que se pueden atribuir a dos tipos de estrés del embarazo relacionado con la pandemia: el estrés asociado con la sensación de no estar preparada para el parto debido a la pandemia (estrés de preparación) y estrés relacionado con el miedo a la infección perinatal por Covid-19 (estrés por infección perinatal).[22]

En el parto hay —al menos— dos polaridades a considerar: los sentimientos aparentemente ambiguos de autonomía y dependencia de las mujeres, y dos modelos de atención opuestos: el biomédico y el social. Durante la pandemia, en todos los continentes, muchas mujeres se han alejado de las maternidades y han optado por dar a luz en sus hogares asistidas por una matrona para evitar instituciones con alto riesgo de contagio[23] o por no creer en la retórica sobre la seguridad de los

[19] Coxon, K. What influences birthplace preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a «best fit» framework approach. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, núm. 1.

[20] Henshall, C.; Taylor, B.; Kenyon, S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, no. 1, p. 1-13.

[21] O'connell, M., et al. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 33, núm. 3, p. 205-206.

[22] Preis, H., et al. Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. En: *Social science & medicine*. 2020, vol. 266, p. 113348.

[23] Dahlen, H. During COVID-19, women are opting for «freebirthing» if homebirths aren't available, and that's a worry. En: *The Conversation*. 2020.

hospitales, considerando que un enfoque biomédico era la opción de parto de mayor riesgo en comparación con dar a luz fuera del sistema.[24]

En España, existe una falta de política nacional y de prestación de atención por parte del servicio nacional de salud con respecto al parto domiciliario,[25] el cual no está cubierto por el sistema sanitario público. Las mujeres que optan por el parto en casa deben contratar un servicio privado, generalmente de matronas que ejercen independientemente del sistema de salud,[26] a diferencia de otros países europeos. Además, no todas las comunidades autónomas españolas tienen pautas de parto domiciliario y hasta la fecha solo el Consejo de Enfermería de Barcelona ha desarrollado una guía propia para toda la región de Cataluña.[27]

En Cataluña, durante la pandemia, se triplicó la demanda habitual del parto en casa.[28] Las matronas que ofrecen este servicio se vieron desbordadas y en las páginas web de diferentes centros dejaron un mensaje muy claro: «No atenderemos partos en casa por miedo al Covid».

Testimonios de parir en casa durante la pandemia

Durante la pandemia, se hicieron cuatro entrevistas en profundidad en los mismos hogares donde cada una de las cuatro mujeres había decidido dar a luz, acompañadas por una matrona (o dos, según el caso), entre abril y junio de 2020. El rango de edades se sitúa entre los 27 y 42 años, siendo la de mayor edad su segundo parto y las otras tres, primíparas. Todas ellas habían planeado un lugar de parto diferente, al inicio del periodo de gestación, aunque la pandemia por el Covid-19 irrumpió

[24] Jackson, M. K. Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1.

[25] Leon-Larios, F. Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucia, Spain. En: *Midwifery*. 2019, vol. 70, p. 15-21.

[26] Alcaraz-Vidal, L., et al. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. En: *Midwifery*, vol. 98.

[27] Alcaraz, L., et al. *Guía de Asistencia para el Parto en Casa*. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores, 2018.

[28] Costa Abós, S.; Behaghel, M. Parir en casa en tiempos de coronavirus. En: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 2, p. 4–22.

en nuestro país en marzo de 2020, casi de repente se adoptaron nuevas medidas drásticas de aislamiento social y los protocolos hospitalarios se fueron modificando en la misma línea. Inicialmente, ninguna de ellas había planeado el parto en casa, por lo que el foco de atención de los testimonios que aquí se presentan, se centra en los procesos de transformación de sus decisiones como hilo conductor.

La planificación inicial del lugar parto, en el caso de la mujer de menor edad, se programó en una sala anexa a un hospital comarcal, la cual cumplía con los requisitos que consideraba idóneos para parir de una forma más natural, acompañada por su pareja en un espacio amplio, con diferentes recursos de confort para aliviar el proceso de dilatación, luz tenue y preservando tanto el ritmo como las decisiones de la mujer en todo momento. Sin embargo, estando la gestación muy avanzada se le comunicó que ese lugar no estaría disponible y sería derivada al hospital siguiendo el protocolo vigente con las restricciones de ese momento, lo cual provocó que a las 36 semanas de gestación buscasen otra alternativa. Tras una entrevista con una matrona experta en la atención de partos en casa, y viendo su disponibilidad, se tomó una decisión rápida, entre ambas partes, de que así sería. En ningún momento se menciona el tener «miedo» al contagio por Covid, al contrario, el temor percibido se relacionaba con no poder parir en las condiciones iniciales planeadas y la alternativa más semejante era la de parir en casa, como ocurrió el 13 de abril de 2020 en una pequeña localidad situada en Collserola.

En el segundo caso, se trata de una mujer de 29 años, médico de profesión que se había mudado desde Francia con su pareja justo antes de embarazarse, donde cursó los cuatro años del MIR tras licenciarse en la Universidad de Barcelona.

En el tercer caso, se trata de una mujer de 35 años que, tras haber vivido en distintos países con su pareja, decidieron asentarse de nuevo en Cataluña y, en concreto, en el barrio barcelonés de Gracia.

En el cuarto caso, se trata de una mujer de 42 años que ya había dado a luz a su primer hijo en un hospital de Barcelona, experiencia que recuerda como traumatizante debido a la inducción y maniobras realizadas.

Las mujeres de nuestro estudio nunca mencionaron la necesidad de un parto seguro, lo que puede interpretarse como algo que presuponían, ya que el parto en España es generalmente muy seguro. Lo que más bien enfatizaron las mujeres fue el deseo de tener voz y voto sobre su propio cuidado y de que se respeten sus límites, lo que no se daba igualmente por sentado.[29]

En el estudio de Rodríguez-Garrido, Pino-Morán y Goberna-Tricas,[30] la subdimensión «Empoderamiento de la mujer» se centró en la importancia del papel activo de la mujer durante el parto. Las mujeres que informaron haber experimentado un tratamiento traumatizante durante la atención hospitalaria convencional, ya que sus decisiones no fueron tomadas en consideración, se vieron obligadas a buscar alternativas de parto y un cuidador adecuado que mostrara respeto hacia sus decisiones. También autoras como Martínez Molla et al. (2019) indagan en como algunas mujeres deciden dar a luz en el domicilio con el fin de evitar prácticas sanitarias que seguramente les serian administradas en el hospital y que ellas consideran violencia obstétrica.

Reflexiones sobre la atención al parto para el futuro

Nos aguardan múltiples desafíos, empezando por una exhaustiva revisión de nuestros sistemas sanitarios.[31]

Una política científica basada en hechos que también refleje e incluya nuestros mejores valores.

La Covid-19 muestra que el cuidado es el núcleo de la atención médica. La asistencia sanitaria no puede considerarse como un negocio, ni los hospitales convertirse en empresas comerciales. Los proveedores de cuidados son el recurso más importante en el cuidado de la salud.

[29] Westergren, A. Autonomous and dependent–The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. En: *Midwifery*. 2019, vol. 68, p. 56-64.

[30] Rodríguez-Garrido, P.; Pino-Morán, J. A.; Goberna-Tricas, J. Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. En: *Public Health Nursing*. 2020, vol. 37, núm. 3, p. 422-438.

[31] Sharma, K. La pandemia, espejo de nuestra vulnerabilidad. En: *El Correo de la UNESCO*. 2020, núm. 3, p. 9-11.

Si bien el ideal de la política de humanización de PEPP implicaría que realmente no importe dónde parir, porque se estandarizaría/universalizaría una atención obstétrica respetuosa de los derechos y necesidades de las mujeres, en la actualidad existen diferencias que impactan en las experiencias de las mujeres-madres.[32]

Adaptarse a los modelos de atención en evolución requerirá una gran flexibilidad, pero este esfuerzo es un factor clave innegable para el avance y la protección tanto de las mujeres como de las instituciones[33] (Montagnoli et al. 2021).

[32] Castrillo, B. Vulnerables y empoderadas a la hora de parir. Análisis multidimensional de la vulnerabilidad en la atención obstétrica. En: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 2, p. 60-76.

[33] Montagnoli, C., et al. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. En: *Midwifery*. 2021, vol. 94, p. 102916.

EL PARTO DOMICILIARIO EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

Emilia Bea

El presente trabajo nace de la ponencia presentada en el seminario *online* «Atención sanitaria a la salud procreativa. Dar a luz en tiempos de pandemia», celebrado los días 11 y 18 de noviembre de 2020, y que sería también discutida en el marco del *workshop* «Dar a luz en tiempos de pandemia: implicaciones éticas», que tuvo lugar el 18 de febrero de 2021. Como se puso de manifiesto en los debates en ambos foros, la prevención ante instalaciones hospitalarias con alto riesgo de contagio del Covid-19 determinó que, desde los primeros días del confinamiento, se sucedieran las solicitudes de información sobre matronas que pudieran asistir al nacimiento en casa, produciéndose un cierto aumento de casos de petición de esta modalidad de parto. Sobre todo en los países en que la práctica del parto domiciliario está respaldada por las autoridades e integrada en los sistemas de salud, como Reino Unido, Dinamarca y Holanda, era lógico que pareciera una opción más segura que el ingreso en hospitales en los que se agolpaban pacientes con síntomas o diagnóstico de la enfermedad.

Pero no es el temor al contagio ni, como se ha caricaturizado, la adscripción a corrientes pseudocientíficas o contrarias a la ciencia lo que suele mover a quienes

muestran su preferencia por el parto domiciliario. La principal motivación es preservar la dimensión humana del nacimiento y rechazar el parto hipermedicalizado y la patologización del proceso,[1] en la línea de un modelo deliberativo de atención sanitaria, menos tecnificado, que intenta garantizar la plena autonomía y responsabilidad de la mujer, frente al paternalista, excesivamente invasivo, y frente al informativo, excesivamente distante.[2] En esta línea, caben en principio diferentes opciones de parto: en el hospital, en centros de maternidad o en casa. Según la comunidad científica internacional, ninguna de estas modalidades es rechazable de entrada, dado que numerosos estudios han mostrado que no hay pruebas sólidas de que la tasa de morbilidad o mortalidad materna e infantil varíe sustancialmente.[3] En todos estos estudios se recuerda que la implementación del parto domiciliario depende del cumplimiento de una serie de requisitos, como que se trate de un parto de bajo riesgo, asistido por personal sanitario especializado y con garantías de traslado a un hospital en caso de surgir algún problema.[4]

Estos requisitos están bien presentes en las resoluciones sobre el parto en casa del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, cuya jurisprudencia está cada vez

[1] Véase: Morel, M. F. (dir.). *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*. Tolosa: Eres, 2016; Pruvost, G. Qui accouche qui? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. En: *Genre, sexualité & société*. 2016, núm. 16; Sestito, R. Faire naître à la maison en France. En: *Anthropologie & Santé*. 2017, núm. 15; Durnerin, A. Ch. Naître à la maison: modèle ou hérésie ? L'accouchement programmé à domicile en France: un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales. En: *Gynécologie et obstétrique*. 2018.

[2] Véase: Goberna, J.; Boladeras, M. (coords.). *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2016; Goberna, J. Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. En: *Dilemata*. 2018, núm. 26, p. 53-62; Goberna, J.; Boladeras, M. (coords.). El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: Tecnos, 2018.

[3] Los resultados publicados en 2010 de una serie de estudios comparativos entre partos hospitalarios y domiciliarios, habiéndose cumplido todas las condiciones requeridas, mostraron escasas diferencias de mortalidad perinatal o materna, por lo que pudo concluirse que son igualmente seguros: Wax, J. R., et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: a metaanalysis. En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010, vol. 203, núm. 3, p. 203-243. Otros estudios posteriores coinciden en la misma conclusión.

[4] Véase: Rodríguez, P.; Goberna, J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. En: *Matronas profesión*. 2020, núm. 2, p. 37-46.

más atenta a cuestiones relacionadas con la salud y la biomedicina.[5] Sus pronunciamientos no dirimen por completo las controversias entre enfoques bioéticos diversos, pero aportan criterios de la máxima autoridad que no pueden ser obviados en ningún proceso deliberativo conducente a la toma de decisiones en este terreno.

Si bien es cierto que en el Convenio Europeo de Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (CEDH) no se recoge expresamente el derecho a la salud como tal, ya que no es una carta de derechos sociales, la protección de tal derecho queda no obstante garantizada a través de diversos derechos humanos reconocidos, como el derecho a la vida (art. 2), la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos y degradantes (art. 3), el derecho al respeto a la vida privada y familiar (art. 8) y la prohibición de discriminación (art. 14). Los derechos que entran aquí en juego deben interpretarse teniendo en cuenta los principios que rigen la teoría de los derechos humanos y los derechos fundamentales. Un principio decisivo es el de interdependencia e indivisibilidad de los derechos y una regla básica es que los derechos no son absolutos, sino que se limitan entre sí: limitación que debe estar siempre suficientemente justificada y no debe suponer una vulneración del contenido esencial de cada derecho. Además, en el terreno que nos ocupa, hay que subrayar la importancia de la cláusula del interés superior del niño, sobre todo si se encuentra en alguna situación de especial vulnerabilidad.

La estrecha relación que debe existir entre bioética, salud y derechos humanos se pone de manifiesto en aquellas sentencias de la Corte de Estrasburgo referidas a asuntos obstétricos y, más en concreto, al parto domiciliario. Los pronunciamientos referidos a solicitudes no satisfechas de asistencia al parto en casa revisten un gran interés en relación con la posible vulneración de diferentes derechos del Convenio Europeo de Derechos Humanos y, en particular, del derecho al respeto a la vida privada y familiar reconocido en el artículo 8. Sin duda, el referente jurisprudencial más importante sobre el parto domiciliario es la sentencia de la Gran Sala del TEDH de 2016, en el asunto *Dubská y Krejzová c. la República Checa*. Dicha

[5] Véase: Fernández, E.; García, N.; Cabo, P. La bioética en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En: *Derecho y salud.* 2016, vol. 26, núm. 1, 2016, p. 203-212.

resolución viene precedida por la sentencia del caso *Ternovszky c. Hungría*, de 14 de diciembre de 2010, y encontrará continuidad en la sentencia del caso *Pojatina c. Croacia*, de 4 de octubre de 2018, y en la sentencia del caso *Kosaité-Čypiené y otros c. Lituania*, de 9 de abril de 2019.

En la resolución de 2010, en el asunto *Ternovszky c. Hungría*, se dio la razón a la solicitante que alegó una violación de su derecho a la vida privada y familiar, amparado por el artículo 8 del CEDH, al no haber podido cumplir su voluntad de dar a luz en su domicilio por el efecto disuasorio que producía en los profesionales sanitarios el riesgo de sanción a la falta de regulación precisa en Hungría sobre el tema. El tribunal observó que la embarazada tenía derecho a un entorno jurídico e institucional que le permitiera elegir las circunstancias en las cuales dar a luz, y la falta de seguridad jurídica limitaba sus opciones.[6]

Sin embargo, en el caso *Dubská y Krejzová c. la República Checa*, a pesar del paralelismo de los hechos, aunque no son pretensiones idénticas, el Tribunal determinó que la falta de asistencia de matronas a los partos de las dos recurrentes no constituía una injerencia en su vida privada contraria a la Convención. Veamos la resolución un poco más detenidamente, dado que sentó jurisprudencia.

Las demandantes, Šárka Dubská y Alexandra Krejzová, eran dos madres del segundo y tercer hijo respectivamente. La primera de ellas tenía una experiencia muy negativa de su primer parto en el hospital y por ello había decidido que el segundo fuera en casa, incluso sin contar con asistencia profesional. El parto se desarrolló sin problemas, pero la ausencia forzada de una matrona supuso a su juicio una violación de su derecho al respeto de su vida privada. Por su parte, la segunda solicitante había dado a luz en casa satisfactoriamente con la ayuda de una matrona, sin autorización oficial, en las dos ocasiones anteriores, y, por ello, estaba determinada a parir en el hogar también esta vez, aunque quería hacerlo de la forma más segura. La imposibilidad de encontrar a una matrona que quisiera asistirla hizo que el tercer alumbramiento se produjera en el hospital y, aunque no hubo complicaciones, alega que fue sometida a actos obstétricos violentos, que se conculcó

[6] STEDH, Sección 1.ª, de 15 de mayo de 2014, caso *Taranenko c. Rusia*, §§ 68 y ss.

su derecho a decidir las condiciones de su parto y que se atentó contra su derecho a la integridad física y moral.

Tras el análisis de los hechos, el Tribunal de Estrasburgo parte de dos presupuestos que ya se recogían en la sentencia de la Sección 5.ª del 11 de diciembre de 2014, de la que trae causa la sentencia de la Gran Sala, y que, según se observa, dan lugar a un amplio margen de apreciación a los Estados, relativizando el contenido de sus obligaciones positivas. El primer presupuesto es la implicación del parto domiciliario en la asignación de recursos financieros estatales, ya que su posible realización depende de la puesta en marcha de una infraestructura adecuada que afecta a las prioridades del sistema de salud y de las políticas públicas en general. El segundo presupuesto es el diferente enfoque sobre el tema entre los distintos Estados del Consejo de Europa, pues en algunos de ellos (la resolución cita a Croacia, Lituania y Ucrania, pero ha habido cambios desde entonces), las matronas se arriesgan a sufrir una sanción disciplinaria o penal por el simple hecho de asistir a un parto domiciliario planificado, mientras que en otros **(**Dinamarca, Holanda y Gran Bretaña), como ya vimos, esta modalidad se inserta en el sistema sanitario con cobertura por parte de los seguros de enfermedad. Entre estas dos situaciones, se encuentra la mayoría de los países (como Estonia, Finlandia, Malta, España y Turquía), donde la práctica es tolerada pero no financiada por el sistema público de salud ni por las pólizas privadas. En estos escenarios, en que el parto domiciliario no está regulado de manera detallada, aunque tampoco está prohibido, es bastante difícil y gravoso contratar a una matrona, pues ella misma debe costearse el seguro de responsabilidad civil profesional. Tomando en conjunto este panorama, la conclusión es que existe un consenso en favor de la no prohibición del parto domiciliario, avalado por la mayoría de los estudios de investigación presentados ante el tribunal que no sugieren que exista un mayor riesgo que en los partos en un hospital. A estos efectos, se consideran ineludibles las tres condiciones habituales antes reseñadas: en primer lugar, los partos domiciliarios solo serían aceptables en caso de embarazos de bajo riesgo; en segundo lugar, deben ser atendidos por una matrona cualificada dotada del equipamiento técnico necesario; y, en tercer lugar,

se debe asegurar el traslado urgente de la madre y del niño o niña al hospital si se presenta cualquier complicación que requiera el ingreso.

La sentencia reconoce que dar a luz tiene implicaciones para la integridad física, psicológica y moral de la madre, constituyendo un aspecto particularmente íntimo de su vida privada, cuyas circunstancias dependen en principio de su decisión. Sin embargo, afirma que no hay razón para dudar de que la política de la República Checa de animar a las mujeres a dar a luz en el hospital tiene como objetivo proteger la salud y la seguridad de la madre y del hijo durante y después del parto, subrayando la necesaria implicación del Estado por la absoluta vulnerabilidad y dependencia de los recién nacidos respecto a las decisiones de otros. Tras una larga argumentación, el Tribunal llega a la conclusión de que la injerencia controvertida, además de estar prevista por la ley,[7] persigue el objetivo legítimo amparado por el segundo párrafo del artículo 8 del Convenio,[8] y, por ello, teniendo en cuenta el margen de apreciación del Estado sobre los riesgos para la salud y la seguridad de la madre y del niño, se estima que la interferencia no fue desproporcionada y, en consecuencia, no ha habido violación del derecho a la vida privada tutelado por el CEDH.[9]

La sentencia cuenta, sin embargo, con una opinión separada de cinco jueces de la Gran Sala (compuesta por 17 miembros). La motivación de este voto disidente reviste un gran interés, ya que se considera, en sentido contrapuesto al del fallo, que «la injerencia en el ejercicio de la libertad de elección de las madres en la forma de dar a luz no es proporcionada en una sociedad democrática»,[10] ya que el Estado está obligado a brindar el marco legal e institucional necesario para garantizar tanto el respeto a la decisión de la madre, dentro del respeto a su vida privada, como la protección de la salud y seguridad del niño y la madre. Frente a esta doble exigencia, dado que las mujeres embarazadas que deseen dar a luz en casa en la República

[7] STEDH. Gran Sala, de 15 de noviembre de 2016, caso *Dubská y Krejzová c. la República Checa*, § 171.

[8] *Ibid*., § 173.

[9] *Ibid*., §§ 190-191.

[10] Opinión disidente común de los jueces Sajó, Karakas, Nicolaou, Laffranque y Keller (STEDH, caso *Dubská y Krejzová c. la República Checa*) § 1.

Checa, como fue el caso de las solicitantes, se ven obligadas a hacerlo sin la ayuda de un profesional de la salud por el temor a sufrir sanciones, «el marco legal en la práctica produce un resultado paradójico y contraproducente porque el niño y la madre están expuestos a un elevado riesgo si eligen el parto domiciliario».[11] Frente a la decisión mayoritaria, a juicio de los jueces discrepantes, la dificultad de programar un parto en casa no está justificada por ningún argumento convincente relacionado con la salud pública. Por consiguiente, al no haber una posibilidad real de elegir el parto en casa, sí que se viola el artículo 8 de la Convención. En esta línea, el CEDAW pidió a la República Checa que realizara los cambios legislativos necesarios para que los partos asistidos por matronas fueran una opción segura y asequible y para que se respeten plenamente los derechos de las mujeres en cuanto a su salud reproductiva.

Con el precedente de esta sentencia, dos años después, en el caso *Pojatina c. Croacia*, el Tribunal concluyó que la respuesta negativa, siguiendo la legislación croata, a la petición de la solicitante de que se le asignara una matrona para dar a luz en su domicilio, tampoco constituía una infracción del artículo 8 del CEDH. La demanda fue presentada por una madre de tres hijos que deseaba que el cuarto naciera en casa. Su queja se centró en que la ley croata había disuadido a los profesionales sanitarios de ayudarla en este empeño y que, para llevar a cabo su propósito, había tenido que recurrir a una matrona del extranjero. Además, alega haber tenido muchas dificultades para encontrar un servicio de ginecología y de pediatría que les atendiera a ella y a su bebé. La resolución analiza el posible conflicto entre el derecho de la solicitante al respeto de su vida privada, en virtud del artículo 8 del CEDH, y el interés del Estado en proteger la salud y la seguridad de la madre y del bebé durante y después del parto, incluida la verificación de si realmente el Estado negó la atención posnatal de ambos. Su conclusión es que la injerencia en el derecho de la demandante al respeto de su vida privada no fue desproporcionada.[12]

[11] *Ibid.*, § 8.

[12] STEDH, Sección 1.ª, de 4 de octubre de 2018, caso *Pojatina c. Croacia*, § 90.

A una conclusión semejante llega la Corte de Estrasburgo en la sentencia del 9 de abril de 2019 sobre el caso *Kosaité-Čypiené y otros c. Lituania*. En este asunto, la reclamación de las demandantes, cuatro ciudadanas lituanas madres de varios hijos, algunos nacidos en el hospital y otros en casa, se basa también en la negativa de las autoridades sanitarias a atender el parto domiciliario solicitado. El Tribunal reconoció que, aunque no haya una prohibición estricta, la legislación lituana acaba obligando a las mujeres a elegir entre el nacimiento de su bebé en el hospital o el nacimiento en casa sin supervisión médica, ya que los profesionales que asistan partos en casa pueden enfrentarse a consecuencias legales. Sin embargo, aunque esta situación supone una restricción del derecho a la vida privada, se afirma que las mujeres no podían esperar legítimamente recibir la atención médica en sus hogares al estar explícitamente descartado en la legislación lituana. En este sentido, se argumenta la decisión en que no hay motivos para dudar de que la política del Estado lituano de fomentar los partos hospitalarios, como se refleja en la legislación nacional pertinente, tuvo el objetivo legítimo de proteger la salud y la seguridad de las madres y los niños durante y después del parto. En consecuencia, el tribunal declara unánimemente que no ha habido violación del artículo 8 de la Convención.[13]

El fallo de la sentencia va acompañado del voto concurrente del Juez Laffranque, que era uno de los autores de la ya conocida opinión disidente en el caso *Dubská y Krejzová c. la República checa*. En esta ocasión, dice que no se aparta de la resolución para no separarse de la jurisprudencia ya establecida por la Corte, pero continúa opinando que en una sociedad democrática no tiene cabida una interferencia en la libertad de elección de las madres que no sea proporcionada y que las prive, en definitiva, de la posibilidad de recibir la indispensable asistencia profesional durante los partos domiciliarios. También confiesa su alegría por los cambios legislativos que, desde inicios de 2019, se están produciendo en Lituania para revertir la situación.

[13] STEDH, Sección 2.ª, de 4 de junio de 2019, caso *Kosaité-Čypiené y otros c. Lituania*, §§ 110-111.

Este movimiento coincide con un cambio de rumbo general en dirección a un modelo de atención al parto, en sus diferentes modalidades, menos medicalizado e intervencionista. Sin embargo, recientemente el Estado español ha sido condenado por la violencia obstétrica de la que fue víctima una mujer en un hospital público durante su parto. En este caso, no se trata de una resolución del Tribunal Europeo de Derechos humanos sino de un dictamen, fechado el 28 de febrero de 2020, del comité creado para velar por el cumplimiento de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979 (CEDAW). Recordemos que en su artículo 12 se establece que «los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica». La denunciante sostiene que «la patologización de su parto mediante un abuso de medicación e intervencionismo médico» vulneró este artículo y los derechos reconocidos por los artículos 2, 3 y 5 de la Convención, «por no haber podido acceder a servicios de salud de calidad y libres de violencia y discriminación, por no haber podido ejercer su autonomía personal y por haber lesionado su integridad física y moral».[14] Todo lo ocurrido le provocó un trastorno de estrés postraumático, muy en particular la separación de su hija después de su nacimiento, ya que estuvo ingresada durante una semana para recibir un tratamiento antibiótico que se podría haber administrado de otro modo. Según declara la víctima, la mala atención recibida se funda en «la pervivencia de estereotipos de género con respecto a la maternidad y el parto».[15]

Tras estudiar los argumentos esgrimidos, comprobar que la solicitante agotó todos los recursos internos que tenía a su alcance y estudiar las alegaciones y observaciones del Estado sobre la admisibilidad y el fondo del asunto, el Comité formula las siguientes recomendaciones al Estado Parte: a) en relación con la autora: proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la autora; b) en general: 1) asegurar los derechos de la mujer a una maternidad segura y el acceso de todas

[14] C/75/D/138/2018, § 3.1
[15] *Ibid*, § 3.7.

las mujeres a una atención obstétrica adecuada; 2) realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado Parte; 3) proporcionar capacitación profesional en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer; 4) asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados.[16]

Estas recomendaciones pueden entenderse de obligado cumplimiento para España, sobre todo a partir de la Sentencia del Tribunal Supremo 1263/2018, de 17 de julio, en el caso de Ángela González Carreño,[17] que rompió con la reiterada negativa de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional a atribuir carácter vinculante a los dictámenes de los comités de derechos humanos. Respecto a la aplicabilidad, en concreto, de la CEDAW, la sentencia señala que «aunque ni la Convención ni el Protocolo regulan el carácter ejecutivo de los Dictámenes del Comité de la CEDAW, no puede dudarse de que tendrán carácter vinculante/obligatorio para el Estado Parte que reconoció la Convención y el Protocolo, pues el artículo 24 de la Convención dispone que los Estados Parte se comprometen a adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en la presente Convención».[18] En palabras de Cesáreo Gutiérrez Espada: «Más en concreto, el Tribunal Supremo entiende que los dictámenes de estos Comités son base suficiente para fundamentar, cuando proceda, la responsabilidad patrimonial de la Administración por mal funcionamiento si de ello se deriva la violación de derechos y libertades fundamentales».[19] Sin embargo, la STS 401/2020, en el conocido como «Caso Banesto» (condena al banquero J. Hachuel por apropiación indebida) muestra una posición restrictiva respecto a la obligatoriedad de los dictámenes de los comités de Naciones Unidas, que de ningún modo pueden equipararse a las sentencias del TEDH, ni son elemento suficiente para que un recurso de revisión reabra un

[16] *Ibid*, § 8.

[17] CEDAW/C/58/D/47/2012) § 9.7.

[18] STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, n.º 1263/2018, de 17 de julio, FJ 7.

[19] Véase: Gutiérrez Espada, C. La aplicación en España de los dictámenes de comités internacionales: la STS 1263/2018, un importante punto de inflexión. En: *Cuadernos de Derecho Transnacional*. 2018, vol. 10, núm. 2, p. 851.

caso.[20] Es sorprendente, además, que, a pesar de la condena a España, el anteproyecto de la Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual, cuya finalidad es erradicar las violencias sexuales, no contemple en su articulado la violencia gineco-obstétrica.

Frente a las dudas que todavía despiertan estos dictámenes en cuanto a su obligatoriedad por parte de los Estados, cada día crece la tendencia a considerar que la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en la que nos hemos centrado en este trabajo, vincula de modo estricto. Si un Estado miembro del Consejo de Europa es condenado por violación de un derecho del CEDH, está obligado a ejecutar la sentencia. Siguiendo a Enrique Guillén, el contenido de la sentencia condenatoria afecta, además, a todos los miembros del Consejo de Europa, pues «se entiende que una sentencia en la que el Tribunal certifique la existencia de una lesión de un derecho del Convenio es una lectura actualizada del orden constitucional europeo».[21] De hecho, «el TEDH está transitando hacia un tipo de resoluciones judiciales lo suficientemente bien trabado como para que se puedan derivar medidas sustantivas concretas que dan lugar a que el Comité de Ministros pueda controlar la ejecución».[22] En este sentido, la Ley Orgánica del Poder Judicial 7/2015 hizo más viable este último objetivo ya que, en determinadas condiciones, las sentencias del TEDH son título habilitante para el recurso de revisión contra una resolución judicial firme en que se produjo la vulneración de un derecho fundamental, siendo, por tanto, un mecanismo específico para la ejecución de las sentencias condenatorias.

Por todo ello, resulta imprescindible tener muy en cuenta la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo, pues, si bien el enfoque de derechos humanos resulta

[20]STS, Sala III, n.º 401/2020, de 12 de febrero, FJ 6. El Dictamen de 25 de julio de 2007 del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas condenó al Estado español por vulneración del artículo 14.5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

[21] Guillén, E. Ejecutar en España las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Una perspectiva de derecho constitucional europeo. En: *Teoría y Realidad Constitucional*. 2018, núm. 42, 2018, p. 354.

[22]Abrisketa, J. Las sentencias piloto: El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de juez a legislador. En: *Revista Española de Derecho Internacional*. 2013, p. 95.

esencial en cualquier ámbito relacionado con la salud y la bioética, lo es de modo especial cuando se trata de valorar la atención ginecológica y obstétrica, pieza clave en la garantía de los derechos de la mujer y en la lucha contra la violencia de género. En el informe en 2019 de Dubravka Šimonović, la Relatora Especial de la ONU sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, titulado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*,[23] se afirma que «esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático», no abordado suficientemente «desde la perspectiva de los derechos humanos».[24] Sus manifestaciones se examinan «como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos».[25] En el informe hay una importante referencia al hecho de «considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto» como un medio para «combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer» y en «prevención de la violencia obstétrica».[26]

[23] A/74/137, 11 de julio de 2019.
[24] *Ibid*, § 4.
[25] *Ibid*, § 9.
[26] *Ibid*., § 81.

¿CUÁNTO IMPORTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ESTA PANDEMIA? SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DESDE EL CUIDADO EN MATRONERÍA EN CHILE

Augusto Claudio Andrés Obando Cid

Introducción

La matronería en Chile tiene un incuestionable rol social,[1] con particular protagonismo en contextos de crisis.[2] Nace como profesión en un contexto sociosanitario de alta vulnerabilidad de las mujeres a mediados del siglo XIX, donde las condiciones sociales y sanitarias eran deplorables, presentándose continuas epidemias y altísima mortalidad maternoinfantil.[3]

En Chile existen antecedentes de una tradición de parteras empíricas desde la colonia y, previo a ello, la existencia de la figura de la «püñeñelchefe»[4] en el pueblo

[1] Cerda, L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020, vol. 85, núm. 2, p. 115-122.

[2] González, M.; Zárate C. Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. En: *Salud Colectiva*. 2019, vol. 15, p. e2214.

[3] Hist, N.; Olmos, L.; Benavente, C. S. La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica. En: *Rev Obstet. Ginecol.* 2007, vol. 2, núm. 3, p. 271-276.

[4] Forma parte del sistema de salud propio mapuche como uno de los agentes especializados en la atención del proceso de embarazo, parto y puerperio, así como de los primeros cuidados del recién nacido/a y la contención emocional de la parturienta y su familia. Ver: Salazar Vega, Andrea. *El oficio de la püñeñelchefe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil.* 2012. [tesis doctoral]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/113728>, p. 35.

mapuche y similares en otros pueblos originarios; sin embargo, la profesión de matrona se establece con la creación de la Escuela de Matronas el 16 de julio de 1834, dirigida por el médico francés Lorenzo Sazié y que, junto a la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1842, constituyen hitos fundacionales de instituciones cuya preocupación fue la asistencia médico-científica del parto en el Chile republicano.[5]

Otro hito de amplia relevancia es la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952,[6] organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento de recuperación de la salud de obreros de esposas e hijos hasta los 15 años, lo que permitió la estructuración de un sistema de salud en un país del tercer mundo, siendo el segundo en formarse a nivel mundial.[7] Lo anterior fue correlato de la ampliación de funciones de la profesional matrona/matrón, tanto en su formación curricular como en el asumir diversas acciones en el sistema de salud relacionadas con la planificación familiar, la ginecología y la ampliación de su rol en el código sanitario,[8] sumándose a las acciones durante el proceso reproductivo y la puericultura que les eran propios desde su conformación como profesión.

Lo anteriormente descrito son los antecedentes históricos de la profesión de matronería en Chile, que permiten dar cuenta de la transformación del ejercicio profesional a través del tiempo, siendo la finalidad del presente texto describir el rol de la matronería en los escenarios propiciados por el estallido social de octubre de 2019 y la pandemia de Covid-19, con el fin de dar cuenta del complejo escenario

[5] Biblioteca Del Congreso Nacional. L*a asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940 - Memoria Chilena*. 2018. [consulta: 27 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-672.html>.

[6] Giaconi G., J.; Valdivia C. *El sistema de salud chileno*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1994; Giaconi G., J., El Sistema de Salud chileno. En: *ARS MEDICA: Revista de Ciencias Médicas*. 2018, vol. 23, núm. 1.

[7] Ministerio De Salud De Chile. *Hitos de la salud chilena*. 2016. [consulta: 27 abril 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>.

[8] Cerda, L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020, vol. 85, núm. 2, p. 115-122.

propiciado por la crisis social y la superposición a esta de la pandemia de Covid-19 en el quehacer de muchas matronas y matrones en el sistema de salud chileno.

Prolegómenos de la crisis social y sanitaria en Chile en clave neoliberal

Para dar cuenta de la crisis social de octubre de 2019, debemos remontarnos históricamente a la década de los ochenta del siglo XX, momento de la instalación del modelo económico neoliberal a nivel del Estado-nación chileno, que dio paso a reformas estructurales en diversos sectores como vivienda, educación, previsión, por nombrar algunas de ellas; lo que en el campo de la salud se tradujo en una transformación completa del sistema de salud chileno.

Antes de las reformas llevadas a cabo por la dictadura, la asistencia sanitaria estaba administrada principalmente por el sector público a través de una red de dispositivos de atención médica propia, el 90 % de los egresos hospitalarios y más del 85 % de las atenciones ambulatorias eran efectuadas con la infraestructura estatal.[9] En 1981 se genera un sistema de salud privado gracias a la creación de aseguradoras particulares llamadas instituciones de salud previsional (ISAPRES), lo cual permitió la generación de un nicho de negocio para el mercado en torno al derecho básico de la salud, donde los y las asegurados/as tienen legalmente la libertad de elegir entre una amplia gama de opciones para optar a diversos tipos de centros asistenciales tanto públicos como privados.[10]

En esta misma lógica de las reformas neoliberales en el sistema de salud, se generó la municipalización de la atención primaria en salud (APS), trayendo consigo problemas de financiamiento, afectando a la coordinación, referencia y continuidad de la atención entre la atención primaria y los demás niveles de atención en salud,[11] donde

[9] Titelman, D. *Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes*. CEPAL: Santiago, 2000.

[10] Gattini, C. *El sistema de salud en Chile*. 2018. [Consulta: 11 junio 2020]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl>.

[11] Homedes, N.; Ugalde, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Gaceta Sanitaria*. 2002, vol. 16, núm. 1, p. 54-62.

la APS en el contexto chileno está lejos de ser el eje central de la atención a la población en cobertura y enfoque territorial.[12]

Durante la década del 2000 se llevó a cabo una reforma del sistema de salud con el fin de hacer frente a la transformación del perfil demográfico y epidemiológico de la sociedad chilena, además de enfrentar las profundas desigualdades en salud generadas por las reformas de la década de los ochenta. Es así como se estructura el Plan de Acceso Universal a Garantías Explicitas en Salud (AUGE),[13] que, sin embargo, no dio respuesta a las problemáticas relacionadas con las desigualdades sociales que finalmente se traducen en inequidades en salud, lo que propició de alguna forma el contexto de crisis social que revisaremos a continuación.

Estallido social, *Chile despertó*

El 18 de octubre de 2019 inicia el denominado *estallido* social, una movilización social sin precedentes desde el regreso a la democracia en Chile, configurado por las demandas sociales de variados colectivos por la desigualdad imperante en Chile, cuyo evento desencadenante es el salto de torniquetes en el acceso del metro por parte de estudiantes secundarios ante el alza de 30 pesos (0,036 €) en el costo del pasaje, lo cual escaló rápidamente a variadas formas de movilización colectiva, congregando a variados sectores de la sociedad de manera transversal y cuyas consignas —*Chile despertó* o *No son 30 pesos, son 30 años*— se fundamentan en la instalación del modelo económico neoliberal que, por una parte, más allá de la reducción de pobreza y crecimiento económico,[14] ha concentrado la riqueza en un grupo minoritario de población, agudizando las desigualdades económicas y sociales y que, por otra, desde el regreso a la democracia, este mismo modelo social de mercado es asumido como herencia de la dictadura, siendo gestionado por la clase política principalmente de izquierda, generándose así un sistema político basado en una democracia protegida y representativa donde esta clase política

[12] Parada-Lezcano, M. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. En: *Revista Médica de Chile*. 2016, p. 1059-1066.

[13] Olavarría-Gambi, M. Política de Salud en Chile. En: *Revista Venezolana de Gerencia*. 2011, vol. 16, p. 353-374.

[14] Morán-Faundés, J. M. Chile despertó: El modelo chileno, la matriz de desigualdad y la protesta de 2019. Crítica y Resistencias. En: *Revista de conflictos sociales latinoamericanos*. 2019, núm. 9, p. 54-69.

se hace parte de los beneficios económicos, desconectándose completamente de las necesidades de la población.[15]

Dado el anterior contexto de crisis social, esta se transforma en el telón de fondo para la aparición de la pandemia de Covid-19, lo cual trajo aparejado un sistema de salud altamente pauperizado por las reformas neoliberales y que ahora debe dar respuesta a una pandemia de proporciones insospechadas.

De una epidemia de estallidos oculares a la pandemia de Covid-19

La pandemia de Covid-19 aparece en ciernes sobre Chile en enero del 2020 en un contexto de crisis social y donde la privatización del sistema público de salud se ha visto acentuado en los últimos años, presentando este último una crisis financiera debido a la migración de recursos al sistema privado, una precarización y pauperización de la atención primaria (APS) frente a la atención hospitalaria y, por último, una ley de presupuestos para el sector salud con una baja presupuestaria para todos los programas de atención. Es por ello por lo que la pandemia del Covid-19 se superpone a la crisis social que agrava las problemáticas del propio sistema y, además, vulnera la salud de los chilenos y chilenas.

En Chile, las primeras comunas que ingresaron a cuarentena para el control del virus lo hicieron el 29 de marzo, a 13 días de la llegada del primer caso al país. Dentro de estas comunas se encontraban Temuco y Padre las Casas, en la región de La Araucanía, la cual es considerada la región más pobre del país,[16] con alta concentración de población rural y mapuche.[17] Paulatinamente se fueron sumando otras comunas de la región,

[15] Navarro, F.; Tromben, C. «Estamos en guerra contra un enemigo poderoso, implacable»: los discursos de Sebastián Piñera y la revuelta popular en Chile. En: *Literatura y Lingüística*. 2019, núm. 40, p. 295-324.

[16] Ministerio de Desarrollo Social. *Situación de pobreza, síntesis de resultados encuesta CASEN. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)*. Santiago: Gobierno de Chile, 2017. [Consulta: 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf>.

[17] Instituto Nacional de Estadísticas (INE). *Resultados CENSO 2017*. Santiago: Gobierno de Chile, 2017. [Consulta: 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R09>.

tales como Victoria, Angol y Nueva Imperial.[18] Sin duda, este escenario tan inmediato llevó a los servicios de salud de la región a tomar medidas decisivas y en un corto plazo para el control del virus, priorizando prestaciones de salud y siguiendo los escasos lineamientos dictados a nivel central.[19]

Pandemia y salud sexual y salud reproductiva en el contexto chileno

La pandemia transformó profundamente las prácticas de atención y prestaciones que otorgaba el sistema de salud chileno, centrándose en la hospitalización de los casos, el uso de ventilación mecánica, y el uso de los servicios de unidades de cuidados intensivos (UCI), generándose una suerte de vuelta a la hegemonía hospitalocéntrica, que había tratado de transformarse infructuosamente desde la década de los 90 a la fecha, en el sistema de salud chileno.

La estrategia anteriormente descrita, al llevarse a cabo su implementación por el Ministerio de Salud, generó problemáticas en el interior del propio sistema de salud, dado que se relegó a la APS de las principales acciones para enfrentar la pandemia, agregándose a este hecho que no fueron claras las directrices sobre las funciones y acciones que debía asumir APS, dado el contexto de pandemia —se debe destacar que la APS se encuentra administrativamente descolgada del sistema de redes asistenciales (sistema de servicios de provisión de salud), siendo responsabilidad de su funcionamiento los Gobiernos locales municipales—. Lo anterior, sumado al hecho de las cuarentenas obligatorias y el impedimento de realizar prestaciones presenciales de salud, llevó a la toma de decisiones locales de priorizar algunas prestaciones por encima de otras, o simplemente no realizar ninguna prestación dado el contexto de pandemia.

Tal escenario adverso llevó a que la salud sexual y salud reproductiva fueran ampliamente afectadas y no consideradas como prioritarias en el contexto sociosanitario de la

[18] Ministerio de Salud. M*inisterio de Salud anuncia cuarentena total para Temuco y Padre las Casas*. Santiago: Gobierno de Chile, 2020. [Consulta: 4 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-anuncia-cuarentena-total-para-temuco-y-padre-las-casas/>.

[19] Colegio Médico de Chile. P*rimer informe COVID-19. Departamento de Políticas de Salud y Estudios*. 2020. [Consulta: 4 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Minuta-COVID19-Chile-04.04.20-DPE-Colmed.pdf>.

pandemia de Covid-19. Ejemplos de aquello fueron: la inexistencia de un claro lineamiento o protocolos de cómo hacer frente a la atención del parto en gestantes Covid positivo, o el aumento explosivo de cesáreas como manejo de las gestantes Covid positivo,[20][21] aumentando con ello la violencia obstétrica;[22] además del hecho de que muchas áreas, y en especial aquellas destinadas a las atenciones reproductivas y perinatales, tuvieron que ser reconvertidas para asumir la hospitalización de quienes requerían ventilación, dado el cuadro infeccioso de la Covid-19.

En APS se llevó a cabo la reorganización de los servicios priorizando algunas prestaciones críticas como el control gestacional, pero todas las demás prestaciones en salud sexual y salud reproductiva se eliminaron. Cabe señalar que en la APS tardíamente se establecieron protocolos desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y que fue la iniciativa local de matronas la que impulsó estrategias para la atención integral, a través de telemedicina, para subsanar la brecha generada por la suspensión de controles en salud sexual y salud reproductiva. Informes en torno a esta problemática concluyen que la salud sexual y la salud reproductiva se vieron invisibilizadas y francamente abandonadas desde el inicio de la pandemia.[23]

---

[20] Castillo, J. C. Colegio de Matronas pidió al Gobierno firmar protocolo de acción para el cuidado de los profesionales y las mujeres. En: *ADN Radio.cl*. 2020. [Consulta: 9 de junio de 2020]. Disponible en: <www.adnradio.cl/nacional/2020/05/16/colegio-de-matronas-pidio-al-gobierno-firmar-protocolo-de-accion-para-el-cuidado-de-los-profesionales-y-las-mujeres.html>; El desconcierto, 2020. Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia». En: *El desconcierto*. [consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <www.eldesconcierto.cl/2020/05/16/colegio-de-matronas-embarazadas-no-son-consideradas-poblacion-de-riesgo-en-la-pandemia/>.

[21] El desconcierto, 2020. Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia». En: *El desconcierto*. [consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <www.eldesconcierto.cl/2020/05/16/colegio-de-matronas-embarazadas-no-son-consideradas-poblacion-de-riesgo-en-la-pandemia/>.

[22] Sadler, M.; Leiva, G.; Olza, I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020, vol. 28, núm. 1, p. 1785379.

[23] Corporación Miles. Acceso a salud sexual y reproductiva durante la pandemia. 2020. [Consulta: 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/Acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-1.pdf>; Corporación Miles. Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual y Reproductiva y Violencia de Género en Chile by Corporación Miles Chile - Issuu. 2021. [Consulta: 26 mayo 2021]. Disponible en: <https://issuu.com/corporacionmiles/docs/tercer_infome_digital?fr=sYzk2MTM0OTc2Mjk>.

Indagaciones y Reflexiones desde la Matronería

Lo anteriormente abordado se plantea como un fenómeno necesario de análisis y reflexión desde la matronería, por lo que a continuación se presentan acercamientos preliminares de investigaciones llevadas a cabo por un equipo de matronas y matrones chilenas, donde el eje de investigación ha sido la salud sexual y reproductiva desde el cuidado en matronería en el contexto de pandemia de Covid-19. Dicho trabajo se encuentra amparado en la Sociedad Científica de Matronas de Chile (SOCIECHIMA) y apoyado por académicas y académicos de diversas casas de estudio, llevándose a cabo aproximaciones sobre la problemática desde un acercamiento cualitativo, aplicando técnicas de producción de datos basadas tanto en entrevistas como en revisión documental.

Es en este marco investigativo donde emergen los siguientes análisis, que dan cuenta de las percepciones de profesionales de la matronería que se desempeñan en distintos niveles de atención y que se han visto enfrentados a diversos contextos generados por la pandemia de Covid-19 (ver Figura 1).

Figura 1. Matriz de análisis. El fenómeno de la salud sexual y salud reproductiva en el contexto de pandemia por Covid-19 ¿en Chile?

Fuente: elaboración propia en Atlas Ti

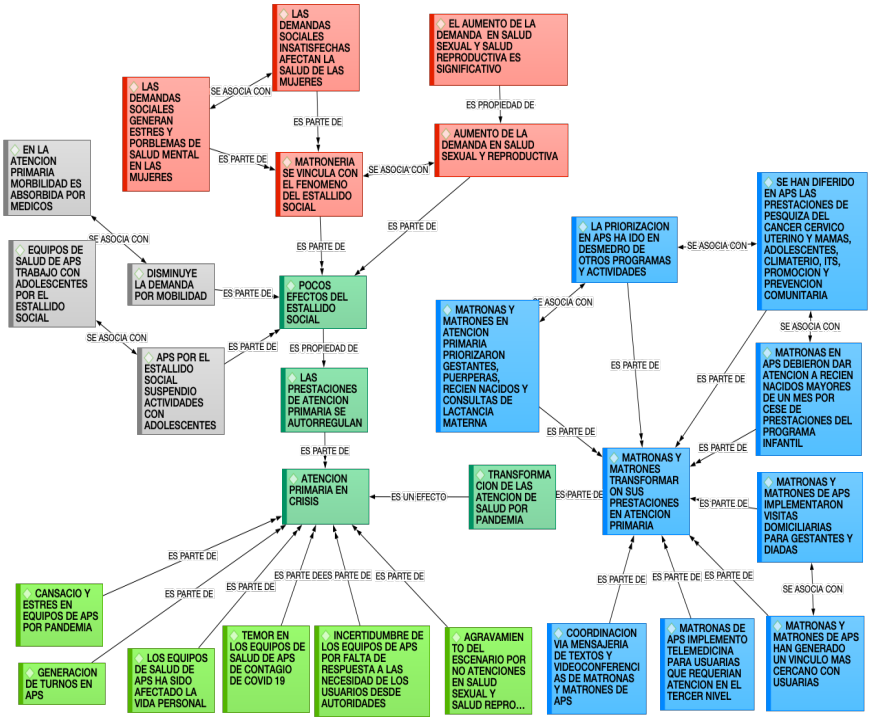
La matriz de análisis presentada da cuenta del complejo fenómeno de la salud sexual y salud reproductiva de la mujer en el contexto de pandemia por Covid-19, el cual es observado por la comunidad de matronas y matrones que hacen ejercicio de su profesión en todos los niveles de atención en salud. En los relatos de estos/as se observa una perspectiva negativa, especialmente en el manejo de la pandemia, donde expresan que existe una total ausencia del Gobierno y una negación e invisibilización desde el sistema de salud a la consideración de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, lo que tiene como consecuencia una total postergación de este ámbito.

Dentro de los hallazgos en relación con el fenómeno anteriormente descrito, surge la acción de resistencia por parte de matronas y matrones. Dicha resistencia puede ser entendida como reconfiguraciones del rol que dan cuenta del cambio de prácticas y formas de atención en salud que se establecen desde la creatividad/resiliencia y en diálogo con las necesidades de las mujeres que son las usuarias del sistema de salud, lo que modifica el anterior escenario y, a pesar de la negación e invisibilización del sistema, se generan estrategias que mantienen los vínculos de cuidado para la continuidad de la atención y de los cuidados en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.

Siguiendo con las indagaciones acerca de la relación de la matronería con los contextos de crisis, se presentan algunos de los resultados publicados bajo el título *Matronería, estallido social y Covid-19. Discursos de matronas y patrones chilenos en torno al rol profesional en contextos de crisis*,[24] donde en este caso el foco de análisis es tanto la revisión documental de noticias relacionadas con el estallido social y la pandemia del Covid-19 como entrevistas realizadas a informantes claves matronas y matrones que se desenvuelven en distintas funciones del rol en el sistema chileno de salud.

[24] Obando-Cid, A.; Infante-Grandón, G. Matronería, estallido social y Covid-19. Discursos de matronas y matrones chilenos en torno al rol profesional en contextos de crisis. En: *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2021, vol. 6, núm. 2, p. 5-28. ISSN 2385-7005.

Figura 2. Matriz de análisis. Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva, crisis social y sanitaria en Chile, desde la perspectiva de la matronería.



Fuente: Obando-Cid y Infante-Grandón, 2021, p 17.

En la presente matriz de análisis se da cuenta tanto del «estallido social» como de la crisis sociosanitaria generada por el Covid-19 desde la perspectiva de matronas y matrones, tratando de imbricarlas en el análisis. En el caso del «estallido social», se describe que la APS no vio tan afectada sus funciones. Sin embargo, dado el fenómeno de autorregulación que posee este nivel de atención, disminuyeron las consultas de morbilidad y el trabajo con grupos sociales de la comunidad, entre ellos las y los adolescentes, pero hizo aumentar las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, que, a juicio de las matronas y matrones, no se suspendieron, sino que continúan presentándose como demandas de salud de las mujeres.

Por otra parte, el vínculo de cuidado de matronas y matrones con las mujeres usuarias del sistema les permitió hacerse parte del proceso social y de suscribir las demandas sociales planteadas por la comunidad, que, en coherencia con ella, sitúa

a la salud como un derecho que debe ser otorgado por el Estado y no como un bien de consumo. En coherencia con este vínculo de cuidado, los y las profesionales de la matronería visibilizan el estrés y las problemáticas de salud mental que emergen tras el estallido social ante la ausencia de respuestas a las demandas sociales.

Lo complejo para la APS es la crisis sanitaria generada por la pandemia, que ha tenido diversos efectos sobre los equipos de salud como cansancio y estrés, la generación de turnos para otorgar las prestaciones, el temor ante el contagio por Covid-19, la incertidumbre por la falta de respuestas de las autoridades a los usuarios y usuarias, presintiendo un agravamiento del escenario debido a la no atención de necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población.

Lo relevante en el relato de matronas y matrones es el proceso de transformación que debieron afrontar con relación a sus prestaciones y las formas de otorgarlas en APS, a diferencia de otros niveles de atención. Se destaca la priorización de algunas actividades y programas por encima de otros, tal es el caso del control prenatal, la atención de la puérpera y del recién nacido, además de la atención en planificación familiar y regulación de la fecundidad, desarrolladas a través de la estrategia de visita domiciliaria integral. Describen, además, que otros programas fueron dejados de lado, entre ellos la pesquisa de cáncer cervicouterino y de mamas, la atención de adolescentes, climaterio e infecciones de transmisión sexual (ITS), además de todas las acciones de promoción y prevención que se realizan con grupos organizados de la comunidad.

Con relación al trabajo administrativo y de gestión, según lo planteado por matronas y matrones, este debió coordinarse a través del teletrabajo, utilizando tecnologías de la información y la comunicación, como mensajería de texto y videoconferencias. Por otra parte, y en esa misma línea, el uso de la telemedicina para otorgar prestaciones se ha transformado en una herramienta fundamental en este escenario de pandemia.

Matronería y pandemia: reflexiones, conclusiones, aperturas

En relación con el rol de la matronería en este contexto de crisis sociosanitaria, sería necesario reflexionar y analizar, desde nuestras miradas parciales constituidas por nuestros propios posicionamientos encarnados en las territorialidades que representamos, para construir y entretejer conocimientos situados.[25]

Esta crisis sociosanitaria del Covid-19 devela las desigualdades sociales y las inequidades en salud que son patentes a nivel de los individuos, familias, comunidades y territorialidades y donde los y las profesionales de la matronería podemos y debemos aportar en tanto que prestadores en equipos multiprofesionales y multidisciplinarios y, además, como agentes sociales y políticos en pro de la mejora de las condiciones de vida de las mujeres, familias y comunidades a las que pertenecemos.

El cuidado en matronería surge como una práctica de resistencia ante el replegamiento del sistema de salud en el caso chileno. Ahora bien, uno podría preguntarse: ¿qué ocurre en aquellos contextos de sistemas de salud inexistentes y Estados-nación frágiles dado el contexto sociosanitario de pandemia?

Ante contextos de pandemia y crisis, es necesario establecer modelos participativos de enfrentamiento donde se genere la articulación de distintos agentes tanto sociales como institucionales para proteger la salud, y en este caso particular de las mujeres, familias y comunidades, poniendo de relieve un acercamiento interseccional donde la generización, racialización, estratificación, sexualización y otros fenómenos de posicionamiento social no excluyan y vulneren corporalidades y colectividades, generando inequidades en salud.

Agradecimientos

El presente texto no hubiera sido posible sin el apoyo y el trabajo de las/el colega/s a quienes se desea agradecer por sus sugerencias y reflexiones: Gonzalo Infante, Elga Arroyo, Araceli Saavedra, Yoselin González y Angélica Vázquez.

[25] Haraway, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Universitat de València/Ediciones Cátedra, 1995.

EL ABORTO EN PANDEMIA

Ainoa Biurrun Garrido

Introducción

Hasta la década de los sesenta, en la mayor parte del mundo occidental, el aborto estaba penado por la ley. A partir de 1967, y tras la aprobación de la ley del Parlamento del Reino Unido que regulaba la interrupción de la gestación en determinados supuestos, por medio de médicos registrados a través del Servicio Nacional de Salud (NHS), varios países occidentales iniciaron la redacción de normativas sobre la interrupción voluntaria de la gestación.[1] Este hecho provocó que, en menos de dos décadas, diecisiete democracias centrales reformularan sus leyes a favor de un marco legal menos punitivo en lo que a interrupción voluntaria de la gestación se refería. Fue entonces cuando la mayoría de los países de Europa occidental, Canadá y Estados Unidos adoptaron diversos modelos de despenalización de dicha práctica, coincidiendo con el resurgimiento del movimiento feminista de la segunda ola.[2]

[1] Quindós Rubial, L. Macro-and micro-structural contrastive analysis of abortion laws: Abortion Act 1967 (UK) and Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de la Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Spain. 2019. [Trabajo de fin de grado]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/41358>.

[2] La segunda ola del feminismo se produce a finales de los sesenta hasta los años ochenta con el auge de grandes movilizaciones de personas que conformaron el denominado mayo del

En la actualidad, ¿de qué hablamos cuando hablamos del aborto? Marco conceptual

Las problemáticas que surgen en temas relacionados con la sexualidad, la fecundidad y reproducción humana siguen siendo centros de preocupación y de polémica en la sociedad occidental actual. La cuestión de la interrupción voluntaria de la gestación es uno de los temas que más alimenta dicha polémica, puesto que despierta discrepancias, en una sociedad plural en la que existe código múltiple y diversidad de valores, así como posiciones éticas y morales que en ocasiones son contrapuestas.[3] En la interrupción voluntaria de la gestación, existe un trasfondo en el que aparece un conflicto de intereses (la libertad las mujeres versus la protección de la vida del nasciturus) por lo que se han ido creando diferentes modelos de regulación. Asimismo, el aborto o interrupción de la gestación, plantea cuestiones sobre la importancia ontológica,[4] la cual es reconocida por todos los ordenamientos jurídicos, ya que en ellos se positiviza la defensa de los derechos humanos. Además, cabe destacar que el tema de la legalización o no del aborto, también refleja las tensiones y contradicciones de los poderes políticos.

Por otro lado, hay que remarcar que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, de carácter fundamental. En 1994, la ONU, mediante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, acuñó el concepto «salud sexual y reproductiva»,[5] y trazó líneas de acción para el logro de la equidad de género. En dicho contexto, se evidenció que, si un país no avanza en la eliminación de la violencia de género, en la que se incluye la violación del derecho de

1968, también conocido como el mayo francés o el octubre de 1968 mexicano, en las cuales surgieron movimientos de mujeres feministas que se posicionaban en contra del capitalismo, el militarismo y las desigualdades en la sexualidad, la familia, el trabajo y el derecho al aborto.

Espínola, A. F. La segunda ola del Movimiento Feminista: el surgimiento de la Teoría de Género Feminista. En: *Mneme-Revista de Humanidades*. 2004, vol. 5, núm. 11.

[3] De la Calle, A. M. La legalización del aborto en el Derecho Comparado. En: *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*. 1992, vol. 8, núm. 8, p. 133-144.

[4] Ontología: Rama de la filosofia en la que destaca Heidegger (1889-1976) y que estudia el ser o lo relacionado con él.

[5] Galoviche, V. Conferencia internacional sobre población y desarrollo de El Cairo (1994): avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. En: *RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*. 2016, vol. 8, núm. 8, p. 89-97.

las mujeres a decidir sobre su propia fertilidad, no puede llegar a alcanzarse el desarrollo de la población. En esa conferencia, a su vez se reconoció que los derechos reproductivos tienen relación directa con otros como la dignidad, la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la salud y la educación, sacando a la luz un campo que ha naturalizado e institucionalizado relaciones de poder y desigualdad género-sanitarias.

En 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 sobre desarrollo sostenible, la cual acoge 17 objetivos.[6] Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible[7] se destacan aquellos que buscan la garantía de una vida saludable y el bienestar para todas las personas sin diferencia de edades, promoviendo la igualdad entre los géneros y empoderando a las mujeres y niñas. Dentro de las metas de estos objetivos se encuentra el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

En dichos objetivos, se hace referencia a la importancia de salvaguardar los derechos sexuales y reproductivos, entre los cuales se encuentran: el derecho a la intimidad personal; a la igualdad de sexo y género; el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual; la decisión sobre el número de hijos e hijas; el espaciamiento entre ellos; la libertad para elegir métodos anticonceptivos; el derecho a la información veraz y completa; el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), pese a que la mortalidad materna parece haberse estancado desde hace unos veinte años, sigue siendo inaceptablemente alta. Las principales complicaciones, causantes del 75 % de las muertes maternas, son las hemorragias graves,

[6] Pastorino, Ana. La Organización de las Naciones Unidas en el 2015. En: Bizzozero Revelez, Lincoln y W. Fernández Luzuriaga (eds.). *Anuario política Internacional & Política Exterior 2015-2016 «Migraciones, geopolítica y derechos humanos en la construcción de nuevos acuerdos espaciales»*. Uruguay: Ediciones Cruz del Sur, 2016, p. 22-27.

[7] Uzcátegui, O. Objetivos de desarrollo sostenible 2015-2030. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. En: 2016, vol. 76, núm. 2, p. 73-75.

las infecciones, la hipertensión gestacional, las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.[8] Por tanto, el derecho a la interrupción del embarazo, pese a ser un tema históricamente abordado, sigue planteando, en nuestros días, problemas de salud, problemas socioeconómicos y dilemas éticos y legales.[9] Entre ellos se podrían destacar: "cuándo se considera que el feto es persona; tanto a nivel ético como legal, cuándo y en qué medida debe ser considerado un aborto como ilegal o legal; quién debe decidir la legalidad de dicha práctica; y qué papel tienen los enfoques religiosos o morales en dicha cuestión.

El concepto de persona

En relación con el término «persona», es preciso señalar que dicho concepto es utilizado socialmente de forma equivalente a ser humano, considerándose que un ser humano es persona desde la concepción. Sin embargo, en el ámbito jurídico, el término «personalidad jurídica» hace referencia al individuo o sujeto titular de derechos, aludiendo así al «individuo o entidad que ostenta derechos y obligaciones». Asimismo, cada ordenamiento jurídico establece quiénes son los destinatarios/as de las normas y quiénes son titulares de los derechos y deberes.

De igual modo, es preciso recordar que el concepto de persona sintetiza dos nociones que se suelen superponer: la de persona legal y persona moral.[10] El concepto de persona moral, propio de la filosofía política, fue desarrollado por John Rawls,[11] el cual se basó en la teoría de Kant sobre el actuar autónomo y ético. Para ser considerado persona moral hay que tener dos virtudes morales: un sentido de justicia y una cierta concepción del bien. Según Rawls,[12] solo los

[8] Say, L., et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. En: *Lancet Global Health*. 2014, vol. 2, núm. 6, p. e323-e333.

[9] Correa, M. L. V. Despenalización del aborto. Una perspectiva desde el derecho comparado. Pluralidad y Consenso. 2019, vol. 9, núm. 39, p. 117-132.

[10] Zúñiga Fajuri, A. Aborto y derechos humanos. En: *Revista de derecho (Valdivia)*. 2011, vol. 24, núm. 2, p. 163-177.

[11] Díaz, L. R. N.; Barros, R. S.; Truyol, T. C. El concepto de persona en John Rawls: una mirada desde el Liberalismo político. En: *Educación y Humanismo*. 2014, vol. 16, núm. 27, p. 39-60.

[12] *Ibidem*.

que pueden hacer justicia tienen derecho a ella, por tanto, no sería posible considerar al feto como persona moral, ya que, no ha nacido ni responde a la noción de persona desarrollada a partir del ideal kantiano de autonomía moral.[13]

Definición de aborto

El aborto hace referencia a la interrupción de la gestación, espontánea o provocada, antes de que el feto alcance la viabilidad —actualmente se estima que ocurre alrededor de las 22 semana de gestación—.[14] El aborto puede originarse tanto de forma espontánea como inducida o provocada, y se considera que concluye con la expulsión del embrión o feto a través del canal vaginal y de la placenta o anexos. Las causas de un aborto pueden ser muy diversas.[15] En la actualidad se sabe que existen diversos factores de riesgo que intervienen a la hora de tener un aborto espontáneo, que se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la perdida natural de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos.[16] Uno de estos factores es la edad materna en la que se inicia el embarazo; a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir un aborto espontáneo. El bajo peso o sobrepeso de la embarazada, los hábitos tóxicos y las enfermedades como por ejemplo la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes (DM) son factores de riesgo del aborto espontáneo.

El aborto es el método más antiguo y más ampliamente practicado de planificación familiar. Las mujeres pueden poner fin a su gestación por decisión propia. En este último caso, las causas suelen ser múltiples, pero las más comunes son: motivos sociales, económicos o de embarazo no deseado. El aborto que se produce por decisión de la mujer es conocido bajo el término de aborto inducido, provocado, o interrupción voluntaria de la gestación o del embarazo (IVE), y suele producirse cuando el feto todavía no tiene capacidad de sobrevivir fuera

[13] Mardomingo Sierra, J. *La autonomía moral en Kant*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2002.

[14] Saldarriaga, W.; Antonio, A. *Fundamentos de ginecologia y obstetricia*. Cali: Programa Editorial Univalle, 2010.

[15] Arenas, J. M. B. *Fundamentos de reproducción*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2009.

[16] Hoffman, B. L., et al. *Williams. Ginecología*. México: McGraw Hill Education, 2017.

del vientre materno, es decir, antes de las 22 semanas de gestación y/o con peso inferior a 500 gramos. Si la interrupción del embarazo se produce tras las 22 semanas o con un peso superior a 500 gramos, ya no se considera un aborto sino un parto o un nacimiento vía cesárea.[17]

No obstante, las posturas éticas, morales y legales frente a la interrupción voluntaria de la gestación van desde el rechazo absoluto de dicha opción hasta la aceptación bajo cualquier circunstancia, existiendo a su vez posiciones intermedias en las que solo se acepta dicha elección bajo ciertos supuestos.[18]

Tipos de aborto

Podemos dividir los diferentes tipos de aborto en dos grandes grupos: el aborto espontáneo y el aborto inducido.[19]

El aborto espontáneo es aquel que se produce sin intervenciones artificiales durante la evolución del embarazo. Este a su vez se puede dividir en: *amenaza de aborto*, *aborto inevitable* y *aborto inducido*. El aborto inducido es la interrupción de un embarazo por intervención humana. Existen diversos tipos de abortos inducidos:

- *Aborto libre:* Derecho que tiene la mujer de interrumpir su embarazo de manera voluntaria y mediante una autónoma decisión.[20]
- *Aborto eugenésico*:[21] Consiste en la interrupción del embarazo debido a posibles malformaciones o enfermedades del feto.

[17] Carvajal, J. A.; Barriga M. I. *Manual de obstetrícia y ginecología*. Santiago, Chile: Universidad Católica Pontificia, 2019.

[18] Bessone, P. G. Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas. En: *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 2012, vol. 34, núm. 2.

[19] Hoffman, B. L., et al. *Williams. Ginecología*. México: McGraw Hill Education, 2017.

[20] Gimbernat, E. Por un aborto libre. En: Mir, Santiago (ed.). *La despenalización del aborto*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 1983, p. 31-38.

[21] Paramés, M. Interrupción del embarazo y relativismo jurídico. A propósito de un caso de aborto eugenésico. En: *Ratio Iuris: Revista de Derecho Privado*. 2017, vol. 5, núm. 1, p. 1-29.

- *Aborto ético (o humanitario o sentimental)*:[22] es aquel que se practica cuando dicha concepción ha tenido origen en un acto no voluntario de la mujer, por ejemplo, en caso de violación.[23]
- *Aborto por razones médicas o terapéuticas*:[24] Es aquella interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal por razones de salud materna.
- *Aborto por motivaciones mixtas*: Consiste en la eliminación de algunos embriones en el caso de embarazos múltiples con el fin de que otros tengan más probabilidad de sobrevivir.

Asimismo, existe una clasificación del aborto a nivel jurídico clasificándolo como legal e ilegal.

- *Aborto Legal o despenalizado*: El aborto inducido legal es aquel que es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica.
- *Aborto Ilegal*: Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica.[25]

Métodos o técnicas para la realización del aborto

Actualmente se puede afirmar que existen dos tipos de intervenciones claramente diferenciadas para realizar una interrupción voluntaria de la gestación. Por un lado, aquellas prácticas que tienen que ver con el aborto quirúrgico-instrumental y, por otro, el aborto farmacológico.

- *Aborto quirúrgico-instrumental*: El objetivo de este proceso es la limpieza completa de la cavidad uterina por vía vaginal. Se trata del método más utilizado en mujeres durante el primer trimestre. Antes de empezar con la técnica, se administra analgesia, que puede ser del tipo local, general

[22] Alonso, J. Violación, aborto y las palabras de la ley. En: *Pensar en derecho*. 2012, p. 301-329.

[23] Pacora-Portella, P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe? En: *Acta médica peruana*. 2014, vol. 31, núm. 4, p. 234-239.

[24] Besio, M., et al. Aborto terapéutico. Lavados. En: Serafini, A. (ed.). *Ética clínica: fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica, 1993, p. 299-304.

[25] Astete, C.; Beca, J. P.; Lecaros, A. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. En: *Revista médica de Chile*. 2014, vol. 142, núm. 11, p. 1449-1451.

o sedación para evitar que la paciente sienta dolor. Es un proceso muy corto que suele durar unos 5-10 minutos.

- *Aborto farmacológico*: Se trata del uso combinado de varios fármacos para conseguir la evacuación completa del útero. Los fármacos de primera elección para este procedimiento son la Mifepristona y el Misoprostol. Estos fármacos actúan provocando la frenada de la provisión de progesterona al útero, la dilatación y agrandamiento del mismo y, por último, las contracciones que ayudan al desprendimiento de la placenta y expulsión del embrión-feto.[26]

Derechos Humanos y aborto

Los Derechos Humanos se encuentran recogidos en la *Declaración Universal de los Derechos humanos*,[27]proclamada en París en 1948. Se trata de derechos intrínsecos, por lo que su posesión depende únicamente de ser persona humana. A su vez son universales, ya que sus titulares son todas las personas humanas, sin excepción. Y son también derechos igualitarios y prioritarios o absolutos, puesto que se trata de exigencias morales fuertes con carácter *prima facie*, que no pueden ser vulnerados y solo pueden verse limitados por los derechos de otras personas.[28]

En el caso de la interrupción voluntaria de la gestación, tal y como se ha comentado con anterioridad, el feto no es considerado persona legal, ya que la legislación comparada expresa que solo quien ha nacido es técnicamente persona. No obstante, la dificultad aparece en el concepto de persona moral. Quienes argumentan a favor de la penalización de la interrupción de la gestación suelen basarse en que la mujer embarazada pierde su individualidad y, por tanto, su condición de indivi-

[26] Carbonell, J. L., et al. Mifepristona (600 mg) + misoprostol (400 μg) en el aborto del primer trimestre. En: *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2001, vol. 44, núm. 9, p. 361-367.

[27] *Declaración Universal de los Derechos humanos*. 1948. Disponible en: <www. ohchr. org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn. pdf>.

[28] Baquer, L. M. R. De los derechos humanos al derecho a una buena administración. En: Ávila Rodríguez, C. M. *El derecho a una buena administración y la ética pública*. Valencia: Tirant lo blanch, 2011, p. 43-54.

duo con derecho a la libertad. Ello parte de la convicción de que la mujer embarazada ya no es, por ella misma, titular legítima de derechos humanos, puesto que, debido a su gravidez, debe ceder e incluso renunciar a sus derechos a favor del feto. Sin embargo, la mujer no puede ni debe ser obligada jurídicamente a adoptar comportamientos heroicos.[29] Además, la legislación no la puede ni la debe reducir a un instrumento de reproducción de la especie humana.

Tras lo mencionado, es preciso remarcar que, en general, a nivel mundial, la mayoría de las legislaciones sobre el aborto legal cuestiona la completa «humanidad y dignidad» de la mujer gestante, olvidando la aplicación del imperativo categórico Kantiano (nunca debiéramos usar a la persona como medio para satisfacer fines de otros).[30] Es preciso, por tanto, en el caso de la interrupción voluntaria de la gestación, tener presente que ningún otro individuo en ninguna otra situación es obligado a realizar el acto supererogatorio al que en ocasiones son obligadas las embarazadas cuando desean no seguir con la gestación. No obstante, en la actualidad, las mujeres tienen derecho a acceder a servicios integrales de salud reproductiva, en los que se incluye el aborto, puesto que ello está arraigado en los estándares internacionales sobre derechos humanos que garantizan el derecho a la vida, la salud, la intimidad y a no ser discriminado. Por ello, se puede afirmar que cuando los Estados hacen inaccesibles los servicios para el ejercicio del derecho al aborto de aquellas mujeres que lo precisan o lo deciden así, independientemente del motivo que les haga llegar a tomar dicha determinación, esos derechos son vulnerados.

La regulación del aborto

El aborto, o interrupción del embarazo, viene siendo practicado desde la más remota antigüedad, y la práctica del mismo ha sido sancionada durante cuarenta siglos, el tiempo que va entre el Código de Ur-Nammu en el siglo XX A. C. hasta

[29] Sierra, J. R. La vida humana in vitro: un espacio constitucional de disponibilidad para la investigación. Colombia: Universidad Externado, 2012.

[30] Zúñiga Fajuri, A. Aborto y derechos humanos. En: *Revista de derecho*. 2011, vol. 24, núm. 2, p. 163-177.

bien entrado el siglo XX, en el que comienzan a introducirse las primeras leyes a favor de dicha práctica.

La regulación actual del aborto en el Estado español

Actualmente, en el contexto español, la interrupción de la gestación está regulada mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE 55, de 4 de marzo 2010), desarrollada por los Reales Decretos 825/2010 y 831/2010, ambos de 25 de junio (BOE 155, de 26 de junio de 2010). Esta ley orgánica (orgánica porque regula un derecho fundamental, el derecho a la vida) deroga la ley de 1985, que despenalizaba el aborto en algunos supuestos, y pasa a despenalizarlo mediante una ley de supuestos y plazos. Por tanto, la despenalización actual del aborto que realiza en España es, a la par:

- *Por plazos*: dentro de las primeras 14 semanas de gestación (artículo 14).
- *Por supuestos*: que denomina interrupción por causas médicas y que recoge los supuestos de aborto terapéutico y eugenésico (artículo 15).

En España, según la legislación actualmente vigente, le corresponde a toda mujer el poder decidir voluntaria y deliberadamente la opción que más le convenga sobre su vida sexual y reproductiva. Así pues, la ley 2/2010 reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, lo que implica que las mujeres pueden tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. Asimismo, ello implica la libertad de las mujeres de tener, o no, hijos, y de poder decidir cuándo tenerlos. Este derecho repercute en que, independientemente de la decisión tomada, será respetada y no discriminada ni por su raza, cultura, religión etc. Por tanto, la mujer embarazada tiene actualmente, en el contexto español, la capacidad de realizar una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y de tener acceso a los servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud tanto en hospitales públicos como privados.

No obstante, existen una serie de requisitos que se deben cumplir para poder beneficiarse del aborto legal,[31] aborto permitido por la ley si concurren las circunstancias en ella establecidas. Entre estos se encuentra que la realización de la interrupción del embarazo sea practicada por un médico especialista o bajo su supervisión/dirección, que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado, que no se superen las 14 semanas de gestación y finalmente que se realice con el consentimiento escrito por la mujer. Practicar un aborto fuera de los supuestos referidos sigue siendo un delito castigado por el Código Penal en sus artículos 144, 145, 145 bis y 146. El aborto doloso está contemplado en los artículos 144, 145 y 145 bis del Código Penal. Adicionalmente, el Código Penal contempla el aborto imprudente en el artículo 146.

Conclusiones

Los movimientos feministas y de mujeres han planteado, en lo que a aborto se refiere, la cuestión de la autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo de la mujer y la sexualidad. Han unido fuerzas para promover la lucha por los «derechos sexuales y reproductivos», los cuales se inscriben en el marco de los derechos humanos.

Es preciso remarcar que el aborto tiene una dimensión personal y política. Aquellos que argumentan a favor de la penalización del aborto suelen basarse en que la mujer, cuando se embaraza, pierde su condición de persona como individuo único. No obstante, la interrupción voluntaria de la gestación forma parte del ámbito de la intimidad y privacidad de las mujeres, donde caben consideraciones éticas, pero también las particularidades que otorga la propia vida: nivel social, económico, étnico, opción sexual, edad… Además, el aborto tiene una dimensión en lo colectivo y en lo político, frente a la cual las respuestas son múltiples.

Los movimientos feministas han abogado siempre por promover la libertad y autonomía de la mujer para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción. En nuestros días la elección del uso de anticonceptivos y el número deseable de hijos/as

[31] Ver: <https://dpej.rae.es/lema/aborto-legal>.

son derechos existentes en el imaginario social de las mujeres, aunque las posibilidades de hacerlos efectivos varíen en función de múltiples factores como las posibilidades de negociación dentro de la pareja, los aspectos socioeconómicos y cómo no, del conocimiento del propio cuerpo.

En el contexto español, tras la democracia, la transformación de la construcción sociocultural sobre el aborto y la defensa de la anticoncepción de emergencia abrió paso a modificaciones de la regulación de la interrupción voluntaria de la gestación mediante las cuales se intenta garantizar la libertad de decidir de forma autónoma por parte de las mujeres. No obstante, la ley 2/2010 sigue teniendo sus limitaciones. Desde una perspectiva feminista, la correcta aplicación de dicha regulación se ve supeditada a diversas categorías como es el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la red de apoyo disponible, la edad, factores socioculturales... Si bien el método farmacológico puede ser recomendado para abortar, las técnicas instrumentales son imprescindibles en algunas situaciones y no siempre se puede tener un fácil acceso, dependiendo en ocasiones del lugar de residencia de la mujer. Asimismo, esta ley también presenta limitaciones en su aplicación en el caso de las mujeres menores maduras, mujeres menores de 16 y 17 años, quienes se ven negado el derecho a abortar si no presentan el consentimiento expreso por parte de la tutela. De este modo, se considera que ambos obstáculos afectan a las dimensiones de asequibilidad y acceso equitativo.

Reflexiones finales

En este último año 2020, y debido a la pandemia por la Covid-19, los Gobiernos han emitido medidas que obligaron al aplazamiento de todos los servicios de salud considerados como no urgentes, generando así problemas dentro de los diferentes Sistemas Nacionales de salud. La aparición de la emergencia del Coronavirus ha supuesto numerosas restricciones sanitarias, hecho que ha llevado a la limitación de cuidados de salud para evitar su propagación. Los hospitales y centros sanitarios han suspendido servicios no esenciales entre los que se ha encontrado, la interrupción voluntaria de la gestación y la asistencia a la salud sexual y reproductiva. Ello ha generado que muchas mujeres hayan tenido, y aún tengan, dificultades para

acceder a los servicios de salud y poder realizar abortos o incluso para optar a tener métodos anticonceptivos seguros. Actualmente se está procurando reorganizar los procedimientos para el aborto, favoreciendo el aborto farmacológico y la información vía telemática. Con ello se intenta reducir la presión sobre hospitales, pero sobre todo sobre centros de atención primaria (CAP) y al mismo tiempo proteger los derechos de las mujeres al aborto, lo que se considera una práctica médica esencial, incluso durante la pandemia Covid-19.

Finalmente, cabe recordar que el aborto debe ser considerado parte importante del cuidado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular. La libertad de ser madre implica la libertad de no serlo. Por tanto, garantizar el aborto a toda mujer debe ser una prioridad social, incluso en situación de emergencia sanitaria. El enfoque de género no debe ser ignorado bajo el paraguas de ninguna crisis ni social, ni sanitaria, puesto que ello puede provocar graves repercusiones en la salud y en el derecho de las mujeres a la autodeterminación, el cual con demasiada frecuencia se ha considerado un derecho secundario, llegando así a generar problemas en las mujeres, pero también en la sociedad y en las generaciones futuras.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ASPECTOS PENDIENTES EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Katiuska Rojas

Si pensamos en la salud para las mujeres y cómo están diseñadas las políticas públicas, nos surgen de manera ineludible las siguientes preguntas: ¿Son pensadas y diseñadas por mujeres? ¿Es considerada la mujer interseccional que vive en contextos de desigualdad y violencia estructural en los sistemas de salud? ¿Se buscan respuestas a las necesidades reales de las mujeres en los estratos más populares de Latinoamérica y el mundo?

Aún quedan muchas tareas pendientes en materia de derechos humanos. Una de ellas es garantizar el acceso y cobertura a una seguridad sanitaria con enfoque de género, consigna levantada principalmente por profesiones más «feminizadas» en los servicios de salud, como lo son las matronas, médicas, enfermeras y técnicas, por tratarse de carreras en las cuales recae un rol impuesto de «cuidadoras» de la salud de otras personas en el ámbito público y también en lo privado.

Existen demandas que apuntan a incluir las necesidades y realidades de las mujeres en el sistema de salud público y privado; en ellas no quedan de lado los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a una educación sexual para todas las edades y culturas, pensado desde la interseccionalidad para tomar decisiones sobre

nuestros cuerpos en base a nuestras particularidades; en donde esta última (la interseccionalidad) da cuenta de la situación de las mujeres trabajadoras, estudiantes, migrantes, diversas, con una alta composición de clase, etnia y contexto social e histórico. De este modo, pretenden garantizar más derechos sexuales y reproductivos desde las políticas de Estado saliendo de la lógica heteropatriarcal, entre ellas las acciones de diagnóstico y prevención con un enfoque territorial y comunitario, y políticas que promuevan el resguardo de un desarrollo pleno y placentero desde la autonomía de los cuerpos para todas y todes.

Un ejemplo que da cuenta de la perspectiva heteropatriarcal y conservadora de los sistemas de salud es el caso de Chile, donde las campañas de prevención del VIH/SIDA, y en particular el uso de los métodos profilácticos, apuntan comúnmente al uso del condón para pene, que está pensado y fabricado para ser usado solo por los hombres en el acto sexual, quedando muchas veces a su decisión exclusiva utilizarlo o no. Instalando por lo demás una cultura hegemónica de las relaciones sexuales masculinzantes y falocentristas.

Por otra parte, no se considera que desde 1992 existe el preservativo para vagina, elemento sanitario de profilaxis que funciona como método anticonceptivo y como mecanismo de prevención de infecciones de transmisión sexual. O también la popularizada barrera de látex que muchas veces es fabricada de manera artesanal por las personas con vagina. Sin embargo, los centros de salud están abastecidos mayoritariamente de condones para penes «masculinos», lo que perjudica la autonomía sexual de las personas con vagina que tengan relaciones penetrativas, ya que dependen de la voluntad del hombre para colocarse el condón. Así también, ni en farmacias barriales ni en los centros de salud existen las barreras de látex, que permiten la protección en el sexo entre mujeres. Esta problemática no se resuelve solo diversificando la oferta de métodos de prevención, sino que se requiere hacer un cambio cultural profundo. Necesitamos una política pública donde se despliegue la salud sexual y reproductiva con una perspectiva feminista y de género en los colegios, impartiendo educación sexual desde la etapa preescolar, entregando dis-

positivos anticonceptivos o de barrera y promoviendo el derecho a vivir una sexualidad plena e informada. Y ¿por qué con perspectiva feminista y de género? Porque se requiere ampliar nuestra visión y comprensión de ser mujer en igualdad de trato y oportunidades, situándola no solamente desde lo biologicista y separado de la vida cultural, económica, política y social, sino profundizando las muchas maneras de ser mujer desde una conceptualización más política de la diferencia sexo genérica. Pensar en políticas públicas de salud sexual y reproductiva, con modelos que tengan un trato igualitario a partir de las diferencias que existen, nos permitirá terminar con las relaciones de poder sobre los cuerpos.

Frente a este escenario, y en un contexto de ola feminista, no dejo de hacerme la pregunta: ¿Quién supervisa estos lineamientos nacionales? O más bien, ¿qué personas están a cargo a nivel mundial de entregar directrices sobre las políticas de salud en las mujeres en los distintos países de Latinoamérica? ¿En qué lugar de la estructura organizacional se encuentra la salud sexual y reproductiva? Generalmente esta temática no está inserta en lugares estratégicamente prioritarios, y mucho menos se permite que mujeres encabecen las propias necesidades de su género. Ejemplo de esto es que el director mundial de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un hombre, quien no solamente entrega los lineamientos a nivel mundial de las políticas en salud sexual y reproductiva de las mujeres, sino que además desde su perspectiva puede invisibilizar lo que tiene que decir una mujer sobre su cuerpo respecto a los procesos reproductivos y no reproductivos.

Es así como nos encontramos en una lucha constante por avanzar en nuestros derechos a nivel de Latinoamérica y en todo el mundo. Políticas, protocolos, normativas, constituciones y códigos sanitarios obsoletos para los avances acelerados que ha tenido la sociedad y con la modernización que requieren responder los Estados.

En esto último, es relevante mencionar, que para que las diferentes normativas, políticas y protocolos en salud sexual y reproductiva tengan la importancia que merecen, y por lo tanto el financiamiento suficiente de cada uno de los Estados

para desarrollarlos de la manera óptima y eficiente, se debe pensar en qué lugar de los organigramas de los ministerios se encuentra situada la temática.

Para el caso de Argentina, además de tener un Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, tiene situado en su Ministerio de Salud la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, encabezada por una mujer feminista, cuya gestión de política nacional ha destacado por sus avances sustantivos a través de ciertos objetivos estratégicos como el acceso efectivo y universal a los métodos anticonceptivos de calidad para toda la población, acceso a la interrupción del embarazo IVE / ILE, prevención y detección temprana de abusos sexuales y embarazos forzados, promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad.[1] Por otro lado, uno de los aspectos más relevantes es que, dentro de esta dirección nacional, se ejecuta **el programa nacional de salud sexual y reproductiva que se encuentra respaldada por su propia ley (PNSSR, Ley 25.673)** y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Enia).

Para el caso de Chile, hasta ahora solamente tenemos una ley de presupuesto (Ley 21.289) que incorpora una serie de programas y glosas de ciertos servicios que son cubiertos y financiados por el Estado, pero no se encuentran específicamente respaldados cada uno de estos programas con una ley que consagre en este caso la salud sexual y reproductiva como un derecho.

Ofrecer servicios en salud seguros para las mujeres, mejorar el acceso y la calidad de estos, y resguardarlos a través de leyes, como es el caso de México, que, a pesar de tener una agenda legislativa pendiente para erradicar de una vez por todas todo tipo de violencia contra la mujer, es conocido que últimamente han mostrado ciertos avances en favor de los derechos sexuales y reproductivos, como el reciente fallo de la corte suprema que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo para el Estado de Coahuila, el cual marca un precedente para todos los Estados de México que quisieran invocar este fallo. No es casual que este logro y la legalización del aborto en Argentina a fines del año 2020 deje entrever la posibilidad de avanzar

[1] Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio Salud Argentina. *Informe de Gestión*. 2020.

en otros países de Latinoamérica en este derecho tan sentido por los movimientos feministas. Esto teniendo como antecedentes que, además de Argentina, solo en Uruguay y Cuba existe el aborto legal y libre.[2] Según IPAS México:

> Se estima que en América Latina la tasa de abortos inseguros es de 31 procedimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 44 años, mientras que en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como Europa, sólo 2 de cada mil procedimientos se realizan en condiciones de riesgo. En el caso de la mortalidad por aborto en México, indica que es compleja de medir porque hay lesiones que no se registran como causa de aborto y hay muchas mujeres que, por miedo, no buscan atención médica cuando presentan complicaciones. Demuestra la evidencia que la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, ha tenido resultados positivos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que han requerido un aborto. Ofrece recomendaciones para disminuir la morbilidad y la mortalidad por causas obstétricas.[3]

Los programas de salud sexual y reproductiva de los diferentes países necesitan tener una mirada con enfoque de género, pensar incluso cómo se financian para asegurar una cobertura universal en salud en quienes representamos más del 50 % de la población en el mundo (sistemas financieros y aseguradoras según cada modelo de salud).

> En la historia más reciente se encuentran innumerables ejemplos de cómo el cuerpo de las mujeres está en el centro de disputas ideológicas y propuestas políticas tanto en lo que se refiere a la sexualidad como a su capacidad reproductiva.[4]

En los países en vías de desarrollo, estos derechos se suelen vulnerar de manera permanente y son una expresión clara de estructuras imperantes de desigualdad de

[2] BBC News Mundo. Ciudad de México. Septiembre de 2021.

[3] IPAS México. *El Aborto como un asunto de salud pública*. Enero de 2021.Disponeble en: https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1365/Aborto%20salud%20publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[4] Montero (2009) en Lafaurie, María Mercedes. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. En: *MED. UIS*. 2009, vol. 22, núm. 2, p. 176-182.

género y sexismo, aunadas a la inequidad social. Los riesgos maternos y los riesgos sexuales suelen ir de la mano de la violencia de género y sexual.[5]

En Chile, urge avanzar en la cobertura de los cánceres cérvico uterino y de mama en todas sus etapas y poner fin a la actual discriminación por edad en las mujeres. En la actualidad, el examen de papanicolau tiene una cobertura financiera asumida por el Estado cada tres años a través de la ley GES, que establece Garantías Explícitas en Salud (GES) definidas para ciertos problemas de salud y grupos de edad.[6] De este modo, en el sistema público de salud se ofrece su realización solo cada tres años y considera un rango de edad de 25 a 65 años, dejando fuera a las adolescentes que inician tempranamente actividad sexual y a las mujeres adultas mayores que viven en promedio hasta los noventa años, además de discriminar a las mujeres lesbianas y hombres trans desde un sesgo heteronormalizador en las atenciones de salud sexual.

Actualmente existe un cambio epidemiológico y envejecimiento progresivo de la población, por lo que también se requiere un reforzamiento en la política del cuidado de la mujer adulta mayor y redirigir las consejerías, con el fin de potenciar una vida sexual sana y envejecimiento activo.

Igualmente, las mamografías preventivas están garantizadas solo para quienes pertenecen a un grupo etario específico. Además, si la usuaria está en una edad avanzada, no tiene cubierta la quimioterapia y solo puede acceder a tratamientos para el alivio del dolor.

Por lo tanto, prevenir y detectar oportunamente estos cánceres en mujeres y personas con capacidad de gestar es una tarea primordial para disminuir las tasas de mortalidad a causa de estas enfermedades. En este sentido, es fundamental fortalecer el programa de isoinmunización para combatir el Virus del Papiloma Humano (VPH), garantizar el acceso universal al examen de tamizaje para la detección a tiempo y asegurar la vacuna VPH para las adolescentes.

[5] *Idem*.

[6] Ministerio de Salud de Childe. *Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud*. 25 de agosto de 2004. Disponible en: <www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>.

Una de las mayores deudas del país con las mujeres está relacionada con sus derechos reproductivos y no reproductivos. Para empezar a responder se deben fijar prioridades, como garantizar la entrega de anticonceptivos de calidad de manera universal e incorporar en la atención una actitud respetuosa frente a la decisión de ser o no madre y cuántos hijos tener.

Además, el Estado debe ser garante de los cuidados maternos, ayudando a erradicar la violencia gineco-obstétrica, fortaleciendo las políticas públicas que garanticen la disminución de las tasas de cesáreas, promoviendo el uso de terapias no farmacológicas, brindando infraestructura adecuada para un manejo respetuoso del trabajo de parto y levantando iniciativas para apoyar a las madres en la crianza cuando estas deciden trabajar, estudiar o liderar espacios de representación en distintas organizaciones.

Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. En América Latina y el Caribe, las tasas llegan a 4 de cada 10 (43 %) de todos los nacimientos. En cinco países (República Dominicana, Brasil, Chipre, Egipto y Turquía), las cesáreas superan en número a los partos vaginales. Si esta tendencia continúa, para el 2030 es probable que las tasas más altas se encuentren en Asia Oriental (63 %), América Latina y el Caribe (54 %), Asia Occidental (50 %), África del Norte (48 %), el Sur de Europa (47 %) y Australia y Nueva Zelanda (45 %).[7]

Asimismo, todas las instituciones de salud pública y privada deben permitir acceder a la interrupción voluntaria del embarazo bajo las tres causales (prestación consagrada por la ley) y brindar información certera y oportuna a las usuarias.[8]

[7] Infosalus. Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. En: *Infosalus*. 16 de junio de 2021. Disponible en: <www.infosalus.com/mujer/noticia-informe-oms-muestra-incremento-cesareas-todo-mundo-20210616172803.html>.

[8] Ministerio Salud de Chile. *Ley 21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*. 14 de septiembre de 2017. Disponible en: <www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>.

Todas estas acciones podrían contribuir a la mejora en la salud de millones de mujeres. Para lograrlo, se necesita voluntad política y articulación de todos los actores y actrices del área. El movimiento feminista ha demostrado tener la fuerza necesaria para producir cambios profundos; así lo hemos observado en este último trimestre del 2021 en los países de México, Argentina, Chile, Brasil, Estados Unidos y Alemania, para lo cual las autoridades tienen que estar a la altura de los nuevos transitares.

En Chile, es cada vez más evidente que estamos transitando en la construcción de una nueva forma de hacer sociedad con paradigmas centrados más en las libertades y autonomías, buscando formas de trato más respetuoso, relaciones humanas más honestas y horizontales, de la mano de las nuevas generaciones que de alguna manera buscan enfrentar las adversidades violentas del periodo. Un estallido social nos vino a demostrar lo importante que es devolver la dignidad a las personas, un Estado que logre garantizar los derechos mínimos para un desarrollo integral en la vida privada y en la pública. Esto a través de una nueva constitución, que por primera vez en el mundo será paritaria y deberá garantizar específicamente, y de una vez por todas, los derechos sexuales y reproductivos como eje central en la vida de las mujeres.

NOTAS BIOGRÁFICAS

Emilia Bea Pérez

Emilia Bea es profesora titular de filosofía del derecho y filosofía política de la Universitat de València. Su principal área de investigación es la producción filosófica femenina, con especial atención al pensamiento de Simone Weil, autora sobre la que hizo su tesis doctoral por la que obtuvo el premio extraordinario de doctorado. Partiendo de esta perspectiva, trabaja diversos temas relacionados con los derechos humanos, la tortura, los deberes, la justicia restaurativa y la resistencia frente a la barbarie. Entre sus libros y artículos, figura el titulado «Medicina y crimen contra la humanidad. El legado de la Doctora Adélaïde Hautval» (*Cuadernos de Bioética*, vol. 27, núm. 90, 2016).

Ainoa Biurrun-Garrido

Doctora por el programa de doctorado de Ciencias Enfermeras de la Universitat de Barcelona. Enfermera, especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Máster Universitario en Bioética por el Instituto Borja de Bioética. Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género i Ciudadanía de la Universidad Jaume I de Castellón. Actualmente es profesora titular en el Campus Docent Sant Joan de Déu y matrona asistencial en sala de partos y atención primaria (PASSIR) del Parc Salut Mar (Hospital del Mar de Barcelona). Sus intereses en investigación se focalizan en la atención al nacimiento, el cuidado de la mujer, la ética asistencial, la validación de instrumentos y la docencia en el ámbito sanitario.

Margarita Boladeras Cucurella

Margarita Boladeras es catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Barcelona. Se especializó en filosofía contemporánea y bioética. Ha realizado estancias de investigación en las Universidades de Mannheim, Laval de Quebec y Libre de Bruselas. Creó y dirigió el máster oficial interuniversitario en «Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política» y dirigió el programa de doctorado en «Ciudadanía y Derechos Humanos» de la Universidad de Barcelona. Entre sus proyectos de investi-

gación destacan los realizados sobre la Escuela de Frankfurt, especialmente sobre Jürgen Habermas, «Dignidad humana, los estadios de la vida y el respeto a la diferencia», «El progreso científico-técnico y la protección de los derechos ciudadanos», «Prevención y detección de las violencias de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica». Es miembro del Comité de Bioética de Cataluña. Forma parte del Consejo de Redacción de la revista Ágora de la Universidad de Santiago de Compostela y colabora con la revista *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* de la Universidad de Barcelona. Se puede consultar su extensa bibliografía en https://www.bioeticanet.info

Manel Carreras Martínez

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat Autònoma de Barcelona y especialista en Obstetricia y Ginecología en los hospitales de Bellvitge y Sant Joan de Déu. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. Ha realizado el Posgrado en Bioética aplicada al ámbito clínico y asistencial en el Institut Borja de Bioética. Actualmente está cursando el segundo año del Máster en Bioética en el Institut Borja de Bioètica. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu.

Laia Casadevall Castañé

Nacida en Vic (Barcelona) el año 1986, es enfermera por la Universidad de Vic (2008), matrona por la City University of London (2012) y especialista en lactancia materna por la Universidad Jaume I de Castelló de la Plana (2020). Autora del libro Guía para un embarazo consciente (Editorial Vergara, 2021), coautora de la Guía para la atención al parto en casa de Cataluña (2018) y fundadora de la Plataforma científica del pinzamiento óptimo del cordón umbilical (2019). Miembro de la junta directiva de la Asociación de Matronas del Parto en Casa de Catalunya (ALPACC), docente, divulgadora científica y activista por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Su objetivo profesional es que todas las mujeres puedan tener acceso a información veraz, objetiva y científica para poder ser así más libres en sus maternidades.

Silvia Costa Abós

Es enfermera, antropóloga, cursó el doctorado en Sociología de la Salud y es doctora en Ciencias Enfermeras de la Universitat de Barcelona, donde defensó su tesis, en el 2015. También es Máster en Salud Pública por la UB y la Universidad de John Hopkins (Baltimore). Ha realizado diferentes estancias, con una ONG, en proyectos de cooperación relacionados con la salud en países africanos. Desde el 2003, es Profesora Titular en el Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. Es miembro de la Unidad de Igualdad y de la Comisión contra la violencia de género en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, ambas de la UB. Es revisora/editora de *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. Actualmente forma parte del equipo de investigación del proyecto «Vulnerabilidad del Pensamiento Filosófico Femenino (VULFIL)» y también de la Red Internacional de Migración, Enfermería y Salud (MIGRES). Sus intereses de investigación han ido evolucionando, destacando: la enseñanza del pensamiento reflexivo y crítico, la innovación docente, la interculturalidad y redes de apoyo en salud, la inmigración y los refugiados, así como los Estudios de Género y del parto desde una perspectiva antropológica.

Josefina Goberna-Tricas

Matrona, licenciada en Ciencias Políticas y Sociología y doctora en Bioética. Su experiencia investigadora ha estado vinculada a temas de cuidado de la salud de la mujer desde una perspectiva ética y de género. Ha liderado diversos proyectos de investigación financiados por entidades nacionales e internacionales. Actualmente participa en el proyecto de investigación «Salud mental perinatal y trauma relacionado con el parto: maximización de las mejores prácticas y resultados óptimos» (COST 2019-2023, Ref. CA18211). Es miembro del Grupo de Investigación en Creación y Pensamiento de las Mujeres (2017 SGR 588). En 2010 recibió el Premio de Investigación en Bioética de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Ha publicado numerosos artículos científicos, además de varios capítulos de libros y la coordinación de dos monográficos. Ha dirigido doce tesis doctorales y es directora

de la Revista *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* (ISSN:2385-7005). Es profesora titular de universidad en el Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Universitat de Barcelona (España), y secretaria académica de ADHUC. Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad.

Javier Jiménez Flores

Enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona y doctorando en Filosofía en el programa doctoral de Ciudadanía y Derechos Humanos con línea de investigación Bioética y Éticas Aplicadas de la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona. Desde sus inicios, siempre ha tenido clara la convicción de que los profesionales sanitaros que atienden y cuidan de personas se les exige obrar de forma inexorablemente ética. Por ello decidió formarse en distintas maestrías que incluían una visión más humanista, como la oncología, la pediatría y la bioética. En la actualidad es vocal de la Societat Catalana de Bioètica y desarrolla su tesis doctoral enfocada a su ámbito laboral para mejorar el modelo de atención ética de los profesionales sanitarios durante el proceso de hospitalización de los recién nacidos y sus familias en las UCIN.

Júlia Martín Badia

Doctora en Bioética y Éticas Aplicadas (premio extraordinario), Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos (premio extraordinario), Máster en Bioética y Derecho y Posgrado en Pedagogía Hospitalaria por la Universitat de Barcelona (UB). Forma parte de los grupos de investigación Aporia y GISME, de la UB, y actualmente es investigadora del proyecto europeo YEAH, coordinado por la Fundació Recerca Sant Joan de Déu y destinado a implicar a los jóvenes en la investigación e innovación en salud. Su ámbito de investigación es la ética aplicada al empoderamiento de grupos vulnerables, especialmente niños y adolescentes. Es miembro del Comité de Ética Asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, del Comité de Ética de Investigación Clínica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, del

Espacio de Reflexión Ética en Servicios Sociales de un servicio residencial de estadas temporales (Respir) de la Diputació de Barcelona y del Comité de Ética del Equip d'Assessorament Tècnic en l'Àmbit de Família (EATAF) del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

Augusto Claudio Andrés Obando Cid

Académico del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. Matrón, profesor de educación básica, licenciado en educación, magister en Ciencias Sociales aplicadas, doctor en Procesos Sociales y Políticos en América Latina y doctor en Ciencias Sociales. Investigador en temáticas de biopolítica, sexualidad, género y etnia. Integrante del núcleo técnico político del Observatorio de equidad salud según género y pueblo mapuche. Coordinador de la línea Cuerpo, salud y política, del núcleo de sociología del cuerpo y emociones.

Carme Perelló Iñiguez

Licenciada en Filosofía por la Universitat de Barcelona, Máster en Bioética por el Institut Borja de Bioètica e investigadora predoctoral en la Universitat de Barcelona en el programa de doctorado Ciudadanía y Derechos Humanos. Su tesis doctoral, codirigida por las Dras. Josefina Goberna y Ainoa Biurrun, se ocupa de consideraciones éticas en torno a la violencia y el abuso obstétricos. Forma parte del Comité de Ética Asistencial de Asistencia Primaria del Institut Català de la Salut, miembro del Comité de Ética del Consorci de Salut i Social de Catalunya, y Comité de Ética de Lafede (Organitzacions per la Justicia Global) y colabora con la Societat Catalana de Bioètica en varios proyectos. Formadora y asesora de éticas aplicadas y bioética en distintas organizaciones del ámbito sociosanitario; ejerce de docente en el curso de especialización de Gestión de Mandos Intermedios de los Servicios de Enfermería en la Escola Universitària d'Infermeria de Sant Pau.

Pía Rodríguez Garrido

Matrona (Universidad Mayor, Chile), Diplomada en Estudios Biopolíticos en Biomedicina, Salud Pública y Ciencias Sociales (Universidad de La Frontera, Chile), Magíster en Salud Sexual y Reproductiva (Universidad de Concepción, Chile), Máster en Atención Sanitaria y Prácticas Colaborativas, y Doctora en Enfermería y Salud (Universitat de Barcelona y Universidad Rovira i Virgili, España). Es investigadora del Grupo de Estudios: Mujer, Salud y Ética, miembro del Equipo Editorial de la revista científica *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* de la Universitat de Barcelona. Docente colaboradora de la Escuela Superior de Enfermería del Mar de Barcelona (ESIMar, España). Académica adjunta del Magister en Salud de la Mujer de la Universidad Mayor, Chile.

Katiuska Rojas

Matrona Feminista, egresada de la Universidad Austral de Chile. Diplomada en Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud Pública, Universidad de Chile. Formada y capacitada en Ciudad de México y Bogotá-Colombia en atención de abortos con AMEU. Activista de la Asamblea Feminista Plurinacional y miembra fundadora de REDFEMSALUD (Red Feminista de Trabajadoras y Estudiantes de la Salud). Basta trayectoria en dirigencia en Salud y actualmente directora ejecutiva de ASOMAT (Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile). Ha trabajado en el servicio público de salud de Chile cerca de diez años, tanto en atención hospitalaria y primaria como en cargos de gestión y directivos, entre ellos: Hospital Barros Luco, Hospital Luis Tisné, Hospital de la Florida, Cesfam Petrinovic de Recoleta, Dirección del SSMN, Ministerio Desarrollo Social como asesora de gabinete, directora Cesfam Albertz Cerro Navia. Actualmente imparte docencia de pregrado en la Universidad Diego Portales, Chile, y atención ginecológica de usuaries LGTBIQA+.

MATERNIDAD Y COVID:

Nuevos retos asistenciales **sin-rostro** y **sin con-tacto**

A finales de 2019 la amenaza del SARS-CoV-2 ocasionó profundos cambios en todo aquello relacionado con la atención a la salud. La amenaza del SARS-COV-2. Algunas mujeres estaban ya embarazadas cuando se inició la Pandemia y otras se han quedado embarazadas tras su irrupción. La atención sanitaria a embarazo, parto y nacimiento no se ha podido suspender, conllevando una adaptación de los paritorios para la atención tanto a partos de mujeres infectades por COVID, como para la atención a aquelles no afectas. Muchas mujeres, en distintos países, han preferido evitar el hospital y han preparado el parto en casa.

La mujer gestante ha sufrido un aumento importante de su estrés por los posibles riesgos derivados de la nueva enfermedad, lo que implica mayor inseguridad y vulnerabilidad. La irrupción de la Pandemia por COVID-19 ha situado la "vulnerabilidad" en primera línea y ha planteado nuevos retos éticos, políticos y sociales en la atención al nacimiento, los cuales abordamos en este trabajo colectivo que recoge textos de profesionales y académicos de diversos ámbitos.

EDICIONES
Librería Universitaria
BARCELONA

9 788419 282439