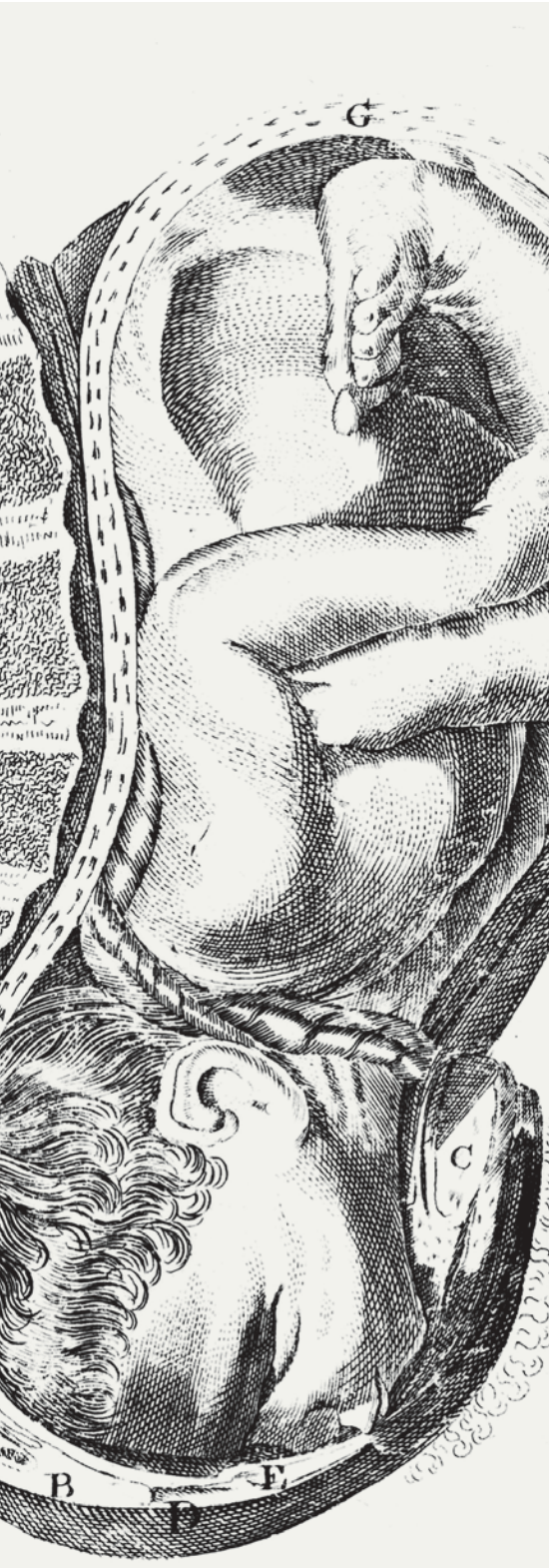

LA PARTERÍA: UNA PRÁCTICA PARA EL FUTURO

Kay Cisneros

Llevábamos poco más de dos días acompañando a una mujer en trabajo de parto, dos días de un exhaustivo trabajo físico y emocional. Hubo llanto, alegría, frustración, ánimo y desánimo (como en cualquier parto). Su pareja le cantaba y le preparaba cosas para comer, ella tenía la libertad de moverse por toda la casa, ir al baño cuando quisiera, bajar al jardín, encerrarse en un cuarto, salir a caminar. Cambió muchas veces de postura para manejar el dolor, en cuclillas, en cuatro puntos, recostada en su pareja, lo que su cuerpo le pidiera: ella era la dueña del proceso. Nosotras interveníamos sólo para tomar signos vitales (realizando pocos tactos y únicamente con su autorización) o para brindar apoyo emocional, sosteniéndole la mano, preguntándole qué necesitaba, cómo se sentía, abrazándola, haciéndole masaje o manteo con el rebozo, recordándole que ella era lo suficientemente fuerte para lograrlo, que creíamos en ella. Hubiéramos esperado el tiempo que fuera necesario si los signos vitales de mamá y bebé se hubieran mantenido en orden, pero una alteración en ellos nos llevó a recomendar un traslado preventivo al hospital. Nuestra recomendación fue desgarradora para la mujer, pero accedió.

Al llegar al hospital su miedo se hizo realidad. Tuvo que enfrentarse a todo lo que había intentado evitar con su decisión de parir en casa: a que le llamaran a su bebé "producto" y a que se dirigieran a ella como "señora" en

◂ John Norman, *Parto*, 1786

vez de por su nombre, a que la despojaran de sus ropas y le negaran el acceso a comida y bebida, a que la rasuraran, le hicieran un enema y la canalizaran (como receta de cocina), a que no permitieran el acceso de ninguna de nosotras ni de su pareja, a que la regañaran por su decisión de acompañarse con parteras, a que la miraran con desdén si se quejaba por el dolor que sentía con cada contracción. Al final ese desliz en los signos vitales se reguló, pero ya estábamos ahí.

Pasó de estar en un modelo en el que el centro es ella a uno que se basa en las preferencias de los proveedores, uno en el que la información sobre sus procesos no le pertenece a ella sino a alguien más, en el que no tiene posibilidad de opinar y mucho menos de decidir. Se convirtió en una camilla ocupada más, sin privacidad, con todas las luces encendidas, con médicos y residentes haciéndole tactos sin pedirle autorización. La obligaron a recostarse a pesar de que ésa es la posición más dolorosa y menos óptima para parir; le realizaron la episiotomía, un corte vaginal que desde hace años está catalogado como innecesario y contraproducente pero que se sigue realizando en la mayoría de los casos; la separaron de su bebé inmediatamente después del nacimiento, a pesar de que el contacto piel con piel después del nacimiento es fundamental para el apego y la lactancia; cuando pedía información sobre su bebé no le decían nada claro; en el periodo que permaneció en el hospital daban sólo 50 minutos al día para visitas; cuando pedía información sobre cuándo la darían de alta, no se lo decían. Después de todo lo que había vivido, tenía que estar sola.

Me duele mucho decir que esto es de lo menos grave que llega a pasar, que "no le fue tan mal", que ésta es la historia de muchas mujeres y que es una violencia tan normalizada que la mayoría no la identifica como tal. Es cierto, las tasas de muerte materna se han reducido, pero las secuelas emocionales de una mala experiencia de parto te marcan para toda la vida y nadie parece preocuparse por eso.

En la actualidad hay un sinfín de escritos que hablan de la partería como "una práctica ancestral en peligro de extinción". Esa afirmación es parcialmente cierta, la partería es una práctica ancestral en todas las culturas del mundo. Los registros más antiguos que se tienen de la figura de la partera son de hace 10 mil años. Históricamente las mujeres han sido acompañadas en sus procesos de parto por otras mujeres, sabias que aprendieron observando procesos fisiológicos a lo largo de los siglos y transmitieron su conocimiento de generación en generación.

Es cierto también que la medicina occidental ha hecho un esfuerzo tremendo por desaparecer esos saberes. Alrededor del siglo XIII, a partir de la implantación de la medicina como profesión que requería una formación universitaria, las mujeres sanadoras fueron excluidas legalmente de esa práctica, pues ellas no podían estudiar.

Cabe mencionar que la profesionalización de la medicina no coincide con el desarrollo científico, ya que en las escuelas de medicina se enseñaban tratamientos sin fundamentos científicos, como escribir en la mandíbula de las personas "En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, amén" para el dolor de muelas. Los médicos no realizaban prácticas experimentales, a diferencia de las sanadoras, que llevaban siglos de conocimiento basado en la experiencia.

El trabajo de las sanadoras fue sustituido progresivamente con una campaña de des-

Tanto embarazo como parto no son sólo procesos físicos, sino también emocionales y culturales.

prestigio liderada por el poder político, intelectual y religioso hasta que en el siglo XVIII la atención del parto se había empezado a trasladar a los médicos obstetras.

En México la profesionalización de la partería fue una estrategia del Estado para minimizar —y eventualmente eliminar— la partería tradicional, considerada inferior a "los desarrollos científicos de la época". Finalmente, después de "profesionalizar" la partería (o regularla con sus estándares occidentales y hegemónicos de medicina) el Estado dejó de formar parteras profesionales y cerró las plazas laborales para ellas. Así, paulatinamente se logró trasladar la atención de partos al hospital y se medicalizó el nacimiento, proceso que antes de eso se había considerado como normal (fisiológico), lo que generó un aumento en la cantidad de intervenciones innecesarias y un miedo colectivo por parte de la sociedad a la atención no hospitalaria del parto.

Pero, a pesar de sus esfuerzos por desaparecerla, la partería no está extinta y me atrevo a decir que tampoco estará en peligro de extinción. La necesidad de que haya parteras es mayor al trabajo que históricamente han hecho para erradicarnos.

Nos hallamos en un contexto de hipocresía, en el que por un lado se habla de "impulsar el fortalecimiento de la partería" pero en la práctica se siguen implementando medidas contradictorias. En muchas comunidades hasta hace un par de años a las mujeres que se atendieran con parteras se les condicionaba el programa IMSS PROSPERA y las autoridades amenazaban con encarcelar a las parteras que siguieran ejerciendo, aun cuando no existe ninguna ley que prohíba el ejercicio de la partería.

Las parteras somos profesionales de la salud *autónomas*, especialistas en acompañar *procesos fisiológicos*, eso quiere decir que trabajamos en un primer nivel de salud, sólo atendemos a mujeres sanas con embarazos sanos y no realizamos intervenciones ni conducciones innecesarias pues sabemos que el embarazo y el parto son procesos normales que pueden desarrollarse sin intervención médica en el mejor de los casos; confiamos en la fortaleza y la capacidad de las mujeres para parir y utilizamos diversas herramientas (muchas derivadas de los saberes ancestrales) para acompañarlas en su proceso. Cualquier mamífera pare únicamente en un ambiente de seguridad y protección; asegurar ese ambiente para las mujeres propicia que la liberación de las hormonas del parto se desencadene de manera normal. En la gran mayoría de las ocasiones un parto no requiere más que contención y paciencia para desarrollarse.

Además, *las mujeres son el centro de este modelo*, que se adapta a ellas y no al revés. Nosotras brindamos información basada en evidencia científica para que las mujeres puedan tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y procesos pero siempre ellas tienen la última palabra. Entendemos también que tanto embarazo como parto no son sólo procesos físicos, sino también emocionales y culturales, por eso, es indispensable conocer a cada mujer a profundidad y crear un vínculo con ellas basado en la confianza para poder brindarles una atención personalizada, amorosa, respetuosa y dentro del marco de los derechos humanos.

Sabemos que el espectro de "lo normal" es tan diverso como lo son las mujeres; eso nos ha permitido acompañar partos normales de más de tres días o de menos de tres horas, de muje-

res de baja estatura con bebés de cuatro kilos o más, partos de bebés hasta con cuatro vueltas de cordón, varios días con ruptura de membranas antes del nacimiento, mujeres de hasta 47 años o de dieciséis y la lista sigue. ¡Claro que en los hospitales no consideran nada de eso normal! Porque su formación se enfoca en las patologías, así que jamás han visto partos fisiológicos, los protocolos hospitalarios no lo permiten; jamás verán un parto de más de doce horas porque la institución los obliga a intervenir antes de que eso suceda. Los vuelven expertos en hacer cirugías, en no tener paciencia, a pesar de que sólo 10-15 por ciento de mujeres necesitarán realmente una cesárea.

Es importante mencionar que diversos estudios señalan que el parto en casa o en una partería es seguro siempre y cuando las mujeres estén sanas y sean acompañadas por un profesional capacitado; demuestran también que, comparado con hospitales, es igual de seguro para los bebés, más seguro para las mamás y más costeable para el Estado. Estas investigaciones indican que el nivel de satisfacción por la experiencia para las mujeres y sus familias es mayor, que se reduce la tasa de intervenciones innecesarias (entre ellas, la cesárea) y aumenta el índice de lactancia materna. Por eso en varios países las parteras se encargan de acompañar a todas las mujeres sanas (85 por ciento según la OMS) y los obstetras al 15 por ciento restante que probablemente requiera la atención de un experto en patologías.

En mujeres sanas el porcentaje de complicaciones es sumamente bajo, pero no inexistente. Hay algunas complicaciones que se pueden atender en casa; sin embargo, en ciertos casos será necesario trasladarse al hospital. Nuestra tasa de traslados es de 15 por ciento

Paula Modersohn-Becker, *Reclining Mother and Child 2*, 1906

pero la mayoría de ellos no son por una emergencia (12.4 por ciento), sino porque la mujer eligió ir al hospital (generalmente por agotamiento) o porque hubo un estancamiento en el parto. Sólo 2.6 por ciento son traslados de emergencia.

Para asegurar la satisfacción y el bienestar de las mujeres es necesario tener un sistema de referencia seguro, oportuno y disponible que debería lograrse a través de la comunicación entre modelos; no obstante, a causa de la incompatibilidad entre el modelo hospitalario y el de partería, así como de la falta de políticas públicas que generen este enlace, las mujeres suelen tener experiencias terribles de traslados, sobre todo cuando se realizan a un hospital público.

Fortalecer la partería va más allá de folclorizar el conocimiento ancestral, mucho más allá de "capacitar a las parteras tradicionales" y reconocerlas como patrimonio cultural. La creación de escuelas para parteras (verdaderamente basadas en el modelo de partería) así como la integración de las parteras al sistema de salud es una estrategia de salud pública necesaria para mejorar la atención del embarazo y el parto fisiológicos y no debemos centrar la discusión únicamente en valorar la increíble labor de las parteras tradicionales sino en la necesidad de que cada mujer, sin importar la zona del país en la que viva ni su condición socioeconómica, tenga acceso a una partera.

En un país como México en el que de 8.7 millones de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo entre 2011 y 2016, 33.4 por ciento reporta haber sufrido violencia obstétrica (ENDIREH[1], 2016) y en el que el porcentaje de cesáreas ronda 45 por ciento (a pesar de que la OMS recomienda que no exceda 15 por ciento) es fundamental implementar el Modelo de partería en el acompañamiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Pero esa integración debe hacerse con sumo cuidado, no se trata de convertir a las parteras en enfermeras obstétricas, no buscamos que trabajen realizando prácticas que no están comprendidas dentro de sus competencias y que son opuestas a su modelo de formación (como sucede con algunas parteras a las que capacitan para terminar trabajando en hospitales, subordinadas a las y los médicos), se trata de formar espacios en donde las parteras puedan ejercer libremente acorde a los estándares y definiciones internacionales.

El acceso a un parto humanizado es un derecho humano y es responsabilidad del Estado asegurar la creación de espacios y políticas para que eso sea posible. Habrá mujeres que deseen parir en casa y mujeres que deseen parir en hospital pero debemos asegurarles la posibilidad de decidirlo y de vivir una experiencia positiva sin importar cuál sea el caso. No se trata únicamente de reducir las tasas de muerte materna, sino de reducir o erradicar los daños a nivel físico y emocional a corto y largo plazo, reducir la tasa de intervenciones innecesarias y de violencia obstétrica. Impulsar la partería es una magnífica estrategia para conseguirlo. Es por eso que no se trata sólo de una práctica ancestral, es una práctica para el futuro y de aquí en adelante queda mucho trabajo por hacer. U

[1] Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

Melanie Cervantes, *we didn't take no shit from nobody (Sylvia Rivera)*, 2018 ▸