

Violentar el nacimiento

Mercedes Campiglia*

Los profesionales de la salud realizan una serie de procedimientos para la atención del parto que han logrado erigirse como norma pero, al ser practicados rutinariamente, resultan más perjudiciales que benéficos. La medicalización indiscriminada del nacimiento pareciera no responder al principio de procurar la salud de la paciente, sino a industrializar la atención del parto, que no es otra cosa que una modalidad de violencia. En nuestro país la violencia obstétrica ha sido tipificada como delito en algunos estados de la República, lo cual representa un avance, aunque la criminalización no parece ser la mejor vía para abordar el problema. Este texto propone explorar otra salida, a través de la implementación de un programa de humanización del parto en instituciones de salud que apunte a restituir el carácter subjetivo de médicos y pacientes.

Introduciendo el problema

Hablar de violencia en la atención del parto no es algo nuevo. Diversas aportaciones se han realizado para describir el modo en que ésta se filtra en las salas de nacimiento. Durante el parto se ejerce violencia tanto abiertamente a través de insultos y maltratos a la parturienta como de forma velada por medio de prácticas rutinarias de atención, que aparentemente se inscriben en el ámbito de los cuidados, pero que han demostrado atentar contra la salud tanto de la madre como del bebé. Los profesionales de la salud realizan cotidianamente una serie de

procedimientos sobre los cuerpos de las parturientas y los recién nacidos que, con el paso del tiempo, han logrado establecerse como norma. Se trata de rutinas que se transmiten sin cuestionamiento, de generación en generación, en las escuelas de medicina y los paritorios de los hospitales, pero a las que se han asociado toda suerte de complicaciones.

El uso rutinario de oxitocina, el monitoreo fetal continuo en embarazos de bajo riesgo, la hidratación intravenosa realizada por norma, la práctica indiscriminada de episiotomías y cesáreas, las posiciones en las que se obliga a la mujer a realizar el trabajo de parto y a pujar y la revisión de cavidad uterina después del nacimiento resultan más perjudiciales que benéficas y ello se ha documentado en incontables estudios realizados

por los organismos de investigación más prestigiados internacionalmente (Grupo Cochrane, OMS, Instituto Karolinska). Toda intervención —desde el uso de plásticos para las canalizaciones de las mujeres en trabajo de parto y, como consecuencia, la exposición a ftaletos por vía intravenosa, hasta la separación de bebé y mamá en el momento del nacimiento— tiene un impacto en la salud de ambos. El efecto iatrogénico de la intervención rutinaria del nacimiento está ampliamente documentado y en la mayor parte de los casos es reconocido por las principales instancias de regulación de la práctica médica.

Este trabajo no pretende negar las invaluable aportaciones de la medicina en la atención del nacimiento. Es innegable que hoy menos mujeres mueren de parto que antes y algo

* Estudiante del Doctorado en Antropología en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

tienen que ver los médicos con ello. Las intervenciones médicas ayudan a salvar la vida de madres e hijos cuando su uso está indicado y ésta es una realidad que no ha de descuidarse ni por un momento al abordar el tema. Lo que se pone en tela de juicio es la medicalización indiscriminada del nacimiento, que pareciera no responder al principio de procurar la salud de la paciente, sino a una suerte de industrialización en la atención del parto. Así pues, el cuestionamiento no apunta a la medicina en su conjunto, sino a su rama más invasiva, que ha cobrado protagonismo en nuestro momento histórico. En el ámbito médico conviven corrientes, prácticas y creencias diferentes, y el cuestionamiento a la práctica invasiva de la medicina es abanderado también por organismos médicos; la corriente que aboga por la humanización del parto es claro ejemplo de ello.

La hipermedicalización del embarazo y el parto no es un fenómeno reciente ni atañe exclusivamente a nuestro país, sino que se trata de una tendencia de carácter global. Si bien esta tendencia no es nueva ni local, cabe señalar que cobra particular relevancia en nuestro momento histórico y en nuestro contexto. México ocupa el primer lugar mundial en índice de cesáreas, con 45.2% de nacimientos por esta vía, contra toda recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que considera injustificado el procedimiento en más de 15% del total de las embarazadas.

Vale la pena prestar atención al hecho de que el volumen nacional de cesáreas ha crecido significativamente en los últimos 12 años: en 2000, 29.9% de los nacimientos fueron por cesárea, mientras que en 2006 la cifra subió hasta 34.5% y en 2012 llegó a 45.2%, según indican los estudios presentados por la organización estadounidense *Archive of Diseases in Childhood* en enero de 2013. Las cesáreas practicadas sin justificación médica comprenden mayores riesgos para el bebé y la madre que un parto normal. Cada vez más investigaciones asocian esta intervención con una serie de padecimientos a corto y largo plazo para la mamá y el bebé. Graciela Freyermuth, en su análisis sobre la mortalidad materna en México, afirma que la cesárea es actualmente una de las principales causas de muerte materna por atonía uterina y hemorragia, lo que resulta en una tasa de muerte materna de dos hasta siete veces mayor a la del parto natural (Freyermuth, 2009).

Ciertamente [la cesárea] no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad

materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y, por tanto, mayor probabilidad de muerte materna (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2013: 136).

Resulta digno de señalarse el hecho de que en 86% de los casos de muerte materna registrados en México en 2011, la madre recibió atención médica (Observatorio de la Mortalidad Materna en México, 2011). En un artículo publicado en la revista *Salud Pública* en 2013, en el que se revisa la relación entre la cobertura en salud y la Razón de Muerte Materna (RMM), se reporta que la cobertura de atención del parto en unidades médicas es de 94.4% a nivel nacional y la RMM es de 47 por 100,000 nacidos vivos, por lo que se concluye que “En México no existe correlación entre la elevada atención del parto en unidades médicas y la RMM, por lo que no sólo es necesario garantizar la atención universal del parto por un profesional de la salud” (Lazcano y otros 2013: 214).

Tenemos que reflexionar acerca del tipo de atención médica que se ofrece a las mujeres cuando acuden a las instancias socialmente previstas para asistirles. Los propios organismos de regulación médica como la OMS y, en nuestro país, la Secretaría de Salud, elaboran normas y lineamientos que apuntan a prevenir acerca de los riesgos asociados con el abuso de intervenciones, pero los mismos parecen tener un impacto limitado en la práctica médica.

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido [...] En las últimas décadas se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales, sin disponer de la suficiente evidencia en relación con su seguridad y eficacia (Secretaría de Salud, 2014: 12-14).

Violencia obstétrica

En nuestro país la violencia obstétrica ha sido ya tipificada como delito en algunos lugares, y en el DF un equipo interdisciplinario de profesionales trabaja arduamente para

llegar a la meta que estados como Veracruz ya han alcanzado. Inscribir la violencia obstétrica en el ámbito legislativo representa, sin duda, un avance pues permite visibilizar un fenómeno que ha sido históricamente silenciado. Sabemos, sin embargo, gracias a la experiencia en el intento de contener la violencia en diferentes trincheras, que la criminalización no suele ser la mejor de las salidas. “Las teorías modernas del derecho penal [...] sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social” (GIRE, 2013: 128).

Roberto Castro, un estudioso del tema de la violencia obstétrica en México, concluye en su más reciente trabajo de investigación, en el que recoge observaciones de 130 nacimientos y 14 grupos focales con médicos, que el periodo de formación es la pieza clave en el rompecabezas del ejercicio de la violencia obstétrica. Interpreta la inmensa cantidad de castigos e injusticias a los que los médicos residentes son sometidos como una estrategia para imponerles un sistema jerárquico autoritario, que luego ellos transfieren a la atención de sus pacientes. “El campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente rango” (Castro, 2014: 179). Castro señala con particular énfasis el “carácter desvinculante” del *habitus* médico que lleva a los profesionales a tomar un distanciamiento emocional de las mujeres a las que asisten durante el parto.

Así pues, el personal médico es a la vez víctima y victimario; en tanto lo observemos como mero perpetrador del acto violento y no como pieza de un mecanismo complejo que lo trasciende, la reflexión en torno al tema resultará estéril. “Los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios” (Bordelois, 2009: 15). Un estudio realizado en 2013 entre estudiantes de medicina en la ciudad de México reveló también un incremento en dificultades del sueño en esta población (Tofoya, 2013).

Žižek nos advierte acerca de un riesgo latente en los estudios que pretenden abordar fenómenos de violencia y considero que se trata de una advertencia que cobra particular valor en el contexto que nos ocupa. “El horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como señuelo que nos impide pensar” (Žižek, 2009: 12). Resulta imposible analizar seriamente el carácter del vínculo entre la institución mé-

dica y la paciente en el momento del parto si no se logra escapar a la mirada polarizadora de víctimas y verdugos que vela la violencia sistémica generadora del fenómeno.

De cualquier forma, mi interés principal no es describir las modalidades de violencia ejercidas sobre los cuerpos de las mujeres al parir porque, como dije antes, este tema se ha abordado ya ampliamente, la meta que me propongo es un poco más ambiciosa: intento esbozar algunos trazos para explorar una salida.

Ensayando una salida

El crepúsculo de la cultura americana, de Morris Berman, es la obra que inspira mi reflexión y me lleva a pensar que puede existir una vía de escape a la industrialización del nacimiento. El autor da cuenta de una serie de proyectos en su sociedad que actúan a modo de guerrillas silenciosas y nómadas; se trata de empresas que no se adscriben a ninguna “comunidad de ideas”, pero logran desarticular la lógica dominante. El autor cita diversos ejemplos en todo tipo de terrenos pero, debido a mi tema de interés, recuperaré el de William Thomas, un médico neoyorkino que, cuando tuvo a su cargo la dirección de un asilo de ancianos, instituyó una serie de cambios como medida para extender la vida de sus pacientes que fallecían, en promedio, dos años después de haber ingresado a la institución; dichos cambios fueron meramente ambientales, pero tuvieron un impacto extraordinario: redujeron las infecciones y el uso de medicamentos en 50% y la tasa de mortalidad en 25%.

Violando la ley del estado de Nueva York, trajo 137 perros, gatos, pájaros y conejos, convirtiendo el lugar en un zoológico. También llenó el cuarto con plantas y, donde había pasto, puso hortalizas. Finalmente, Thomas instaló una guardería y organizó que los niños mayores pasaran sus tardes con los viejos. Creó, en resumen, un mundo floreciente para sus pacientes y ellos florecieron como resultado (Berman, 2007: 196).

Berman reporta que más de 200 asilos han adoptado el modelo de Thomas. ¿En qué radica el éxito del proyecto? A mi juicio, en la humanización del paciente, en la restitución de su carácter de sujeto que le hace posible conectarse con la vida. Los ancianos de Thomas dejaron de ser “pacientes” a los que asistir para devenir personas a las que cuidar.

La propuesta que llevo actualmente a cabo en el marco de mi investigación doctoral, de cuyos avances pretendo dar cuenta en este artículo, consiste en aplicar un programa piloto de humanización del nacimiento en unas instituciones de salud para evaluar luego sus resultados. La humanización del parto es un concepto que se delinea en Brasil en el año 2000 y es abanderado por dos importantes organismos: Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) y Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Parte de la premisa de que lo fundamental en la atención sanitaria es colocar el eje en la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para alcanzar una vida más saludable y reconoce el derecho de la mujer embarazada a ser atendida con tratamientos cuya eficacia esté basada en evidencia científica. Así pues, se trata también de una iniciativa que apunta a cuestionar la reificación del paciente y restablecer su carácter de sujeto, su rol protagónico en el cuidado de su cuerpo.

¿Y qué efecto, en términos de salud, podría tener la restitución del carácter subjetivo de los actores involucrados en el momento del nacimiento? Una de las piezas clave para analizar este impacto es la figura de la *doula*. La *doula* es una mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto, brindándole apoyo emocional continuo. No es parte del personal de salud ni se encarga de ninguna tarea de vigilancia o atención desde el enfoque médico; simplemente acompaña. Se trata de una figura presente en múltiples culturas que a lo largo de la historia ha quedado prácticamente borrada en el dispositivo de atención medicalizada del nacimiento. Cabe mencionar que, aunque la *doula* no interviene de modo alguno en la atención obstétrica, su presencia ha demostrado tener un impacto contundente.

Desde hace 25 años se han realizado múltiples estudios randomizados controlados para evaluar el efecto del acompañamiento de una “doula” en el parto. Los resultados son sorprendentes, significativos y consistentes en relación con aspectos obstétricos como menores tasas de partos operatorios (cesáreas y fórceps), menor necesidad de uso de analgesia durante el trabajo de parto y parto, menor duración del trabajo de parto. También se han evaluado aspectos psicológicos como mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima y menores tasas de depresión posparto e incluso se ha visto que ayuda a mejorar el apego madre-hijo y las tasas de lactancia

materna [...] Hasta la fecha se han observado más de 5,000 mujeres en 16 estudios randomizados controlados (Valdés, 2005: 108).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno Fetal (MFMS) publicaron, en marzo de 2014, un consenso orientado a disminuir el índice de primera cesárea en Estados Unidos, debido al carácter alarmante del incremento en la práctica de esta clase de cirugía. En el documento se recomienda, entre otras cosas, el apoyo de la *doula* en el parto, ya que la evidencia ha demostrado su impacto para lograr un descenso en el índice de cesáreas. “Existen pocas intervenciones en obstetricia avaladas por la evidencia que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una *doula*” (Valdés, 2005: 112).

¿A qué se debe el extraordinario éxito del acompañamiento de las *doulas* al parto y su impacto indiscutible en la reducción del índice de intervenciones durante el nacimiento? Mi hipótesis es que su presencia es simplemente un recurso para la humanización del nacimiento. La *doula* revierte el dispositivo desubjetivador que impone la institución; reescribe la relación entre personal médico y pacientes por medio de diversas estrategias:

- Invita a la mujer a apropiarse del espacio: baja la intensidad de la luz, pone música, usa esencias para darle un aroma personal al espacio.
- Motiva a la movilidad: invita a la mujer a cuestionar el confinamiento a la cama y exigir la libertad de movimiento para el trabajo de parto y el nacimiento, con lo cual le restituye la soberanía sobre su cuerpo y la invita a tomar una posición activa.
- Promueve el establecimiento de canales de comunicación efectivos: hace las veces de traductora entre la mujer que está pariendo y el equipo médico que la asiste. La motiva a externar sus dudas y preocupaciones y le comunica lo que significan los términos herméticos de la jerga médica, que puede resultar intimidante y paralizadora.
- Cuestiona la despersonalización y serialización que propone el dispositivo médico: alienta a la mujer a usar su ropa, a llevar consigo objetos personales, a expresar sus sensaciones a través de sonidos y movimientos. Llama a la mujer por su nombre, la mira a los ojos y comparte con ella una historia.

Si los ancianos de Thomas se marchitaban porque su entorno les impedía florecer, ¿qué les impedirá a nuestras mujeres parir? Probablemente un entorno que les niega la propiedad de sus cuerpos y el derecho al deseo, ante lo cual se entregan a la posición pasiva del objeto que ha de ser manipulado por otros. Según un metaanálisis publicado por Cochrane en 2014, en el que se retoman los resultados de 57 estudios controlados aleatorios realizados entre enero de 2009 y diciembre de 2012, se reduce de forma significativa el índice de cesáreas, partos instrumentales y uso de oxitocina sintética cuando, en lugar de aplicar una anestesia epidural, se buscan métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, como baños de inmersión, masajes, deambulación, cambio de posiciones, acupuntura, acupresión, focalización de la atención, educación prenatal, acompañamiento continuo durante el parto, etc. Es importante notar que, entre todos los recursos para el manejo alternativo del dolor, el más eficiente para reducir el índice de cesáreas y la instrumentalización del parto fue el apoyo continuo durante el nacimiento (Chaillet y otros, 2014).

Cuando se aplica un bloqueo se atiende al cuerpo como si se tratara de un ente meramente biológico, la posición activa a la que convocan los métodos alternativos para el manejo del dolor, así como la presencia de un otro que se encarga de subrayar la subjetividad de la mujer que está pariendo tienen un impacto en los resultados finales de la salud materno-infantil y, muy probablemente, también en la forma en que la experiencia es procesada por la mujer.

Nadar contra la corriente

La primera fase del proyecto que presento se orienta a sensibilizar al personal médico de las instituciones de salud acerca de la relevancia que tiene el nacimiento para la mujer y para el bebé, de las implicaciones que comprende la intervención rutinaria del mismo y de la importancia de respetar la fisiología del parto.

En el trabajo con profesionales de la salud encontré una enorme cantidad de historias acerca de la experiencia de quienes han decidido nadar en contra de la corriente y promover una atención humanizada del nacimiento en el ámbito hospitalario. El trabajo de campo es maravilloso porque nos pone siempre frente al hecho de que una cosa son los modelos que podemos pensar en nuestros escritorios para explicar la realidad y otra muy diferente son los intrincados caminos que ésta traza. En ella, los juegos de

poder son algo vivo y cambiante, los sujetos se inscriben y se distancian de etiquetas y rubros sin pedirnos permiso y así, si bien podemos identificar el “modelo médico hegemónico”, que con clarividencia ha descrito Menéndez (1990), a la par observamos un desorden de hombres y mujeres que, aun inscritos en sus filas, lo desobedecen, cuestionan, desarticulan y desdibujan sus fronteras.

Médicos y enfermeras que forman parte del dispositivo del que, a la vez, se desmarcan son castigados por ofrecer un vaso de agua a sus pacientes o por decidir atender un parto sin realizar una episiotomía innecesaria, por ejemplo. Son etiquetados de “locos” aquellos que se inclinan por bajar a una mujer en trabajo de parto de la cama, darle la mano durante el nacimiento de su hijo o simplemente llamarla por su nombre. Si bien el dispositivo médico-institucional intenta domesticar a los sujetos y regular sus acciones, en el día a día del trabajo en los hospitales pareciera manifestarse, a la par de la maquinaria de control y sometimiento, la desobediencia.

La inmensa mayoría de los profesionales de salud que hoy atienden el nacimiento bajo los criterios del parto humanizado aprendió obstetricia en el esquema convencional que se enseña masivamente en los internados y residencias. “Yo he practicado la violencia obstétrica [...] la he practicado porque así me enseñaron a atender el nacimiento”, declara una de las doctoras a las que entrevisté en estos meses de trabajo de campo. Ella afirma que, cuando empezó a atender nacimientos y vio que los médicos maltrataban a las mujeres durante el parto, pensó “yo voy a ser la mejor de las maltratadoras”. Así ejerció la medicina hasta el día en que, mientras atendía a una mujer que estaba dando a luz, uno de sus compañeros le dijo: “Ya te veré a ti con el cofre levantado”. Esa frase dura y contundente, junto a la experiencia de ser objeto del tipo de atención que impartía cuando le tocó dar a luz a sus propios hijos, la arrojó a nadar en contra de la corriente y la convirtió en una de las principales impulsoras del parto humanizado en su localidad. Su cambio de dirección ha tenido efecto no sólo en las mujeres a las que atiende y que se benefician al recibir un trato profesional y humano, sino en sus colegas, quienes se ven obligados a reconocer que el parto puede ser asistido de diferentes maneras. Cuando una persona decide nadar en contra de la corriente abre un surco, traza un camino que otros pueden seguir.

Para quienes siempre han asistido el nacimiento aplicando los procedimientos convencionales que se les

enseñaron en su formación, no necesariamente es sencillo escuchar que las prácticas que realizan cotidianamente pueden resultar nocivas para sus pacientes. Cuando se les advierte que esas prácticas mecánicas y añejas podrían estar vinculadas con un mayor índice de mortalidad materna o depresión posparto, por ejemplo, se sienten directamente atacados.

Como los estudios que refieren el efecto iatrogénico asociado con el uso indiscriminado de intervenciones para la atención del parto son avalados por instituciones del más alto nivel, resulta difícil desautorizarlos, así que, ante la impotencia que genera el cuestionamiento a su práctica profesional, lo que surge es la desautorización y la burla; mecánica clásica para desarticular cualquier saber que resulte cuestionador. Así pues, quienes practican una medicina alineada con los criterios de la OMS y la Secretaría de Salud se ven obligados a enfrentar una avalancha de críticas y desautorizaciones. “Yo no acepto brujas en mi quirófano” o “Ve a tus clases de brujería” son frases referidas por residentes de obstetricia que se inclinan por una atención humanizada, la cual se considera amenazante por parte de sus superiores. El saber alterno erosiona la estructura del dominante y resulta, por tanto, perturbador.

En el mundo médico se ponen en juego las relaciones de poder de forma descarnada. Existen marcados rangos, insignias y cotos de poder. Los directores de los departamentos tienen un séquito de médicos adscritos y residentes a su cargo, todos ellos dependientes de su aprobación, y el poder se ejerce regularmente de forma coercitiva y franca. Cuando un médico en una posición de poder siente que su ejercicio profesional es puesto en tela de juicio, puede ver amenazada su posición de autoridad y reaccionar imponiendo castigos, iniciando difamaciones y campañas de desprestigio u obstaculizando la titulación de sus residentes.

En el campo médico, las confrontaciones suelen ser explícitas y las batallas, frontales. Se trata de un medio regido por códigos masculinos en el que el poder circula descaradamente entre unos grupos y otros. Se disputa, se arrebatada, se impone; por lo que habría sido imposible llevar a cabo un proyecto de intervención en hospitales como el que presento sin contar con el apoyo de un equipo de médicos.

Es importante señalar, sin embargo, que los directores de los servicios de los hospitales no necesariamente están alineados con la atención convencional del nacimiento. Hay

quienes tanto en ámbitos públicos como privados pelean a capa y espada por modificar políticas y atenerse a los criterios de atención dictados por la OMS y la Secretaría de Salud. Estos médicos resultan fundamentales para lograr cambios significativos en la atención del nacimiento, pese a que su abordaje del tema no es conciliador y complaciente, sino más bien confrontador e impositivo; enfoque que pareciera particularmente eficaz en el jerárquico ámbito de la medicina institucional.

Un claro ejemplo es Christian Byron Mera Hernández, Director del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán, ISEM, quien ha logrado una reducción significativa del índice de cesáreas en la institución a su cargo, integrando los criterios de atención humanizada y un voluntariado de *doulas* al hospital. Él, quien participa en el equipo de profesionales que trabajan en la elaboración de reformas a la ley que permita la tipificación de la violencia obstétrica como delito en la capital del país, les advierte a médicos y enfermeras en foros públicos que, de no modificar sus prácticas, pronto correrán el riesgo de ser demandados por sus pacientes, puesto que una cesárea injustificada o una episiotomía innecesaria son modalidades de violencia obstétrica.

El doctor Ramón Celaya es otro ejemplo de acción determinada en la promoción del respeto a la fisiología del nacimiento. Él es uno de los pioneros en el uso del agua para el parto en nuestro país y, cuando tuvo a su cargo la dirección de la Clínica de Especialidades de la Mujer en el Hospital Militar, impuso en ella la atención humanizada del nacimiento. Cuenta que después de ejercer de forma completamente convencional por años, encontró a educadoras perinatales que le hicieron cambiar su percepción acerca del nacimiento y pasó de “llevar una tijera en el bolsillo”, para practicar episiotomías a diestra y siniestra, a retirar las tijeras de los equipos de atención de los partos como medida para disminuir el índice de episiotomías en la institución a su cargo. Como los médicos seguían practicándolas con frecuencia, aun después de haber recibido la información científica acerca de sus desventajas, sencillamente decidió que todo aquel que quisiera cortar la vagina a una mujer debía justificarlo y requería de autorización explícita. Construyó áreas de deambulacion, tinas de inmersión para parto en agua, encomendó a las educadoras perinatales la tarea de preparar a las parejas para el parto, permitió la entrada de los padres al nacimiento y forzó a todos los médicos a su cargo a tomar un curso de capacitación como *doulas* bajo

la advertencia de que aquel que no se presentara al taller quedaría bajo arresto.

Algunos de los más reconocidos médicos que actualmente atienden partos humanizados, como el doctor José Luis Larios, quien asiste nacimientos sin siquiera realizar tactos vaginales a menos que lo considere imprescindible, fueron discípulos de Celaya y su escuela es más coercitiva que sensibilizadora. Hoy Larios exhibe públicamente su certificación como *doulo* y afirma que, cuando vio trabajar a estas mujeres que propiciaban el parto en aquellas pacientes a las que él había pronosticado una cesárea, empezó a interesarse por investigar y se encontró con la evidencia científica que fundamentaba la atención humanizada. “Cuando nos quitaron las tijeras del equipo quirúrgico pensé que todas las mujeres iban a desgarrarse pero no fue así. Las decisiones deben imponerse de tajo”.

Entender el proceso por el cual los profesionales que hoy ofrecen una atención humanizada hicieron el cambio de una práctica convencional a una mucho más cómoda, que comprende respetar los ritmos naturales del cuerpo de la mujer que ha de parir y del bebé que nacerá, podría ser la clave para desarticular el mecanismo de la industrialización del nacimiento. ¿Cómo han logrado tornar la mirada de un esquema despersonalizado e intervencionista a otro en el cual el protagonismo se coloca por completo en la mujer y su capacidad para parir? Los relatos de quienes han transitado este camino comprenden una primera instancia en la que fue doloroso pero imprescindible cuestionar las prácticas propias y aceptar que, sin intención de hacerlo, se había causado daño. Ese paso pareciera indispensable para cambiar los esquemas de atención.

Quien decide cuestionar el saber hegemónico de la disciplina en la cual se inscribe ha de enfrentar múltiples obstáculos y necesita desarrollar estrategias para franquearlos. Elizabeth Valencia, una de las doctoras que transitó este empedrado camino, relata cómo al inicio de su práctica le llamaban “doctora Violencia” y, más tarde, en los servicios públicos en los que estaba a cargo de la residencia, al iniciar su turno preguntaba quiénes estaban sin comer o sin dormir. “Si la paciente no come y nosotros tampoco, todo el mundo empieza a gritar”. Mandaba a descansar y a comer al personal, con lo cual se quedaba prácticamente sola a cargo de la guardia, entonces cuenta que ponía a las mujeres que ya tenían más experiencia, puesto que estaban recibiendo al tercer hijo, a *doulear* a las primerizas. Para sorpresa de sus compañeros, cuando ella estaba a cargo,

las parturientas dejaban de gritar. “El parto humanizado no es cuestión de recursos sino de actitud”, afirma, “primero aprendí a hacer episiotomías y luego tuve que aprender a dejar de hacerlas”.

La doctora Valencia, quien ahora es llamada por los residentes “doctora Paciencia”, llegó a impartir una de las clases en el marco del programa de sensibilización al personal de uno de los hospitales en los que se está llevando a cabo el proyecto, sin haber dormido ni una hora porque había pasado el día anterior atendiendo un nacimiento sin apresurarlo. Mostró al auditorio las herramientas que llevaba en su bolso para asistir el parto: un par de esencias de aromaterapia y algunos frascos de homeopatía; afirmó que pronto incorporaría también un rebozo para hacer manteos que aprendió de las parteras. “Hace años, algunos de los partos que hoy atiendo habrían sido cesáreas porque yo no contaba con los recursos con los que hoy cuento para resolver complicaciones”.

Hacen falta más médicos que conozcan y respeten la fisiología del nacimiento, que estén familiarizados con los últimos estudios acerca de la producción hormonal y sus condiciones, que sepan de anatomía pélvica, de estimulación de quimio, termo y mecanorreceptores como medida alternativa para el manejo del dolor; que estén conscientes de que las hormonas del parto necesitan de un ambiente íntimo, oscuro y silencioso para producirse, de que la pelvis tiene movilidad, aunque la medicina convencional lo niegue. Que sepan que un bebé que no se decide a descender puede hacerlo trabajando asimetrías pélvicas con su madre y buscando posiciones en las que el sacro quede libre para desplazarse. Médicos que sepan que el amor produce una cantidad de oxitocina que puede resultar suficiente para resolver partos distocidos y que los besos hacen “mágicamente” que las contracciones terminen por establecerse en trabajos de parto irregulares. Necesitamos esta clase de médicos y enfermeras, porque las mujeres que reciben una atención humanizada y respetuosa de la fisiología al final del día quedan mucho más satisfechas con sus nacimientos y con quienes las han asistido en el proceso de volverse madres.

Necesitamos cada vez más profesionales dispuestos a seguir aprendiendo estrategias, a sentarse en el suelo o meterse a la regadera para recibir a los bebés en las posiciones y los lugares que las mujeres elijan para parir, porque de esa manera nuestros resultados de salud serán mejores. Pero el parto humanizado es incómodo, obliga a quienes lo

atienden a pasar noches sin dormir, a experimentar dolores musculares insólitos por las horas de contrapresión en los huesos de la pelvis, a trabajar en posiciones extrañas, a faltar a toda clase de eventos familiares y compromisos laborales.

Sólo puede atender de este modo quien está enamorado de la belleza de atestiguar el surgimiento de la vida y de ver la fortaleza de la mujer desplegándose. Es por eso que a la par del enfoque científico que apunta a señalar la pertinencia de evitar las intervenciones, es necesario realizar un proceso de sensibilización entre el personal de salud. Es conmovedor escuchar los suspiros de los auditorios cuando se muestran videos de partos humanizados, aun tratándose de profesionales que asisten nacimientos todos los días. “La primera vez que vi un parto en agua lloré y fui a preguntarle a mi mamá cómo había sido mi nacimiento”, cuenta una mujer médico residente que hasta entonces sólo había visto atender nacimientos convencionales, lo cual da cuenta de la distancia abismal que existe entre un modelo y otro en la atención del parto. No podemos aspirar a humanizar el nacimiento sin humanizar la figura del médico.

Es necesario que los profesionales de la salud sean cada vez más sensibles ante las necesidades del bebé que va a nacer y de la madre que lo tiene que parir, para acompañarlos atentos y receptivos a lo largo de su viaje. Es necesario que las intervenciones dejen de interferir en el enamoramiento entre un bebé y su madre, que se produce en las primeras horas de vida gracias a la derrama hormonal del parto, y que les ayudará a vérselas juntos con los desafíos que la vida les reserva.

Para tener médicos y enfermeras sensibles, necesitamos desarrollar sensibilidad ante sus necesidades. Resulta complejo pedirles que atiendan con calidez a las pacientes cuando llevan noches enteras sin dormir porque les tocó hacer doble guardia, cuando no han comido y cuando son expuestos al autoritarismo arbitrario de sus superiores. No podemos pensar en un parto humanizado sólo para la mujer y tenemos que dejar de pensar que la violencia obstétrica es ejercida exclusivamente sobre el cuerpo de las parturientas. Debemos pensar en esquemas de salud en los que sean consideradas las distintas partes en su cualidad de sujetos. La medicina institucional opera bajo una lógica productiva en la cual madre, médico y enfermera son sólo piezas de una maquinaria que dará como resultado un “producto” saludable. Y no es de la producción de lo que se trata el nacimiento, sino de un acto de amor que entenece las miradas y al que debe restituirse la dignidad y reconocérsele el carácter trascendente.

Referencias

- Berman, M. (2007). *El crepúsculo de la cultura americana*. México: Sexto Piso.
- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Castro, R. (2014). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018825032014000200001&script=sci_arttext> (consultado el 10 de febrero de 2015).
- Chaillet, N.; Belaid, L.; Crochetière, Ch.; Roy, L.; Gagné, G.; Moutquin, J.; Rossignol, M.; Dugas, M.; Wassef, M. y Bonapace, J. (2014), “Non Pharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis”, *Birth: Issues in Prenatal Care*, 2, 122-137.
- Freyermuth, G. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2013). “Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México”, *Radar 4º*. Recuperado de <<http://informe.gire.org.mx/libro.html>> (consultado el 10 de febrero de 2015).
- Lazcano, E.; Schiavon, R.; Uribe, P.; Walker, D.; Suárez, L.; Luna, R. y Ulloa, A. (2013). “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, *Salud Pública*, 55 (2), 214-224, México.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Observatorio de la Mortalidad Materna en México (2011). “Indicadores 2011. Objetivos de desarrollo del milenio 5: Avances en México”, Recuperado de <<http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20corregido%204junio.pdf>> (consultado el 10 de febrero de 2015).
- Secretaría de Salud (2014). “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo_maestroGPC.html> (consultado el 13 de febrero de 2015).
- Valdés, V. (2005). “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (2). Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000200010> (consultado el 10 de febrero de 2015).
- Žižek, S. (2009). *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*. Buenos Aires: Paidós.