

Medio	La Tercera
Fecha	20-05-2018
Mención	PARTOS (MÁS) POSITIVOS. Mención a María Soledad Zárate, académica de la U. Alberto Hurtado.

PARTOS (MÁS) POSITIVOS

|
sociedad
—

Hoy finaliza la Semana Mundial del Parto Respetado, que desde 2003 se celebra en distintos países con el fin de promover una manera segura de nacimiento, y una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. Durante los últimos siglos el nacimiento de un ser humano sufrió un profundo cambio sociocultural; de ser un evento fisiológico, sexual e íntimo –rodeado generalmente de mujeres y guiado por la partería empírica– pasó a ser un evento médico asistencialista e intervencionista donde la mujer se transformó en una paciente. Por lo mismo hoy, según los expertos y las grandes organizaciones de salud, los esfuerzos están, o debiesen estar, en devolverles ‘su’ parto.

POR: ALEJANDRA VILLALOBOS FOTOS: GETTY IMAGES

“Si queremos cambiar el mundo en que vivimos debemos cambiar primero la forma en que nacemos”. Esta es una de las frases más célebres del reconocido médico obstetra francés Michel Odent, que con sus más de 40 años de experiencia se ha convertido en un estandarte del llamado ‘parto respetado’. Un concepto que lejos de ser nuevo, ‘hippie’ o revolucionario, hoy debiese ser, según los expertos, el modelo de nacimiento. Ya en 1985 la Organización Mundial de la Salud emitía una serie de recomendaciones basadas en la evidencia empírica, justamente para garantizar experiencias positivas en los partos, en desmedro de los cambios que sufrió este proceso fisiológico que desde la antigüedad, antes de que existiera la medicina moderna, se daba en el hogar o en lugares habilitados por la comunidad, en un contexto familiar, y siempre vivido en un ambiente predominantemente femenino, de cierta intimidad y guiado por la partería empírica (sin estudios). ¿Qué pasó en el camino? ¿Qué cambios históricos llevaron a institucionalizar el parto? ¿Cómo la mujer pasó de ser la protagonista a ser una

paciente? ¿Por qué se estandarizó un proceso tan íntimo? Solo una serie de cambios multifactoriales responde a esas interrogantes.

PARTO, UN OFICIO FEMENINO

En los orígenes de la humanidad, el parto, como el de todos los mamíferos, era un evento solitario. La evolución hizo, entre muchas otras cosas, que nuestro cerebro creciera, que nos pusiéramos de pie y que la pelvis se achicara, haciendo un poco más complejo parir. De ahí que se hizo necesaria la ayuda de terceros. Los primeros escritos sobre los sucesos del nacimiento son aportados desde el Antiguo Testamento, donde la ayuda a las mujeres en el parto se presenta como una actividad exclusivamente femenina y se nombra la presencia de la persona experta: comadrona o partera. Según sostiene la tesis doctoral de la antropóloga española María Jesús Montes “Las culturas del parto”, “las mujeres fueron quienes prestaron apoyo al nacimiento, tarea atribuida por su condición femenina en una sociedad que menospreciaba su cuerpo”, esto, según se explica, debido a que a las muje-

res se les veía como impuras y contaminadas por sus funciones biológicas. Así, comadronas y parteras asistían los nacimientos, aunque los medios con los que contaban eran escasos y limitados. “La atención que se ofrecía al parto estaba más enfocada a “dejar hacer a la naturaleza”, y solo cuando este se presentaba largo o difícil, utilizaban recursos como infusiones, sahumeros o ritos mágico-religiosos (...) Saberes que fueron una necesidad funcional por el lugar que ocupaban: la casa”, escribe Montes en su tesis. Durante muchos años el nacimiento también fue asociado al espacio de lo misterioso, y la asociación entre nacimiento, mujer y brujería tuvo su presencia a lo largo de todo el

periodo inquisitorial. Y como la medicina sobre las mujeres permaneció anclada hasta el siglo XVII, la presencia de la partera y el apoyo de otras mujeres como deber moral se siguió practicando durante siglos, ya que, como explica Montes, supuso la única asistencia cualificada a la que tuvieron acceso las mujeres en sus partos.

EL INICIO DEL CAMBIO

Desde el siglo XVIII en Francia e Inglaterra comienza uno de los primeros hitos importantes en la evolución del parto: la instrucción formal de matronas, aunque, como explica María Soledad Zárate, historiadora y académica de la Universidad



Alberto Hurtado, autora de “Dar a luz en Chile, siglo XIX” y otros documentos relacionados con la asistencia del parto, en el caso chileno comienza poco después de la Independencia, en 1833, previo a la formación de médicos en la Universidad de Chile, inaugurada en 1842. “La transición de partera a matrona da cuenta de la historia de un grupo de mujeres que tomó la decisión de estudiar este oficio bajo el esquema diseñado por la comunidad médica universitaria, mientras, paralelamente, la oferta asistencial de las parteras se encontraba aún en pleno apogeo”, escribió la historiadora en un documento publicado el 2007, “Hacia la asistencia profesional del parto en Chile”. Así, parteras y matronas convivieron por largo tiempo, ya que la asistencia por parte de matronas era más limitada a nivel nacional. Fue a partir de 1950 que el Servicio Nacional de Salud impulsó una serie de programas que distribuyeron a nivel nacional un número significativo de matronas.

Por otra parte, hasta el siglo XVII en Europa la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de mujeres, aunque existen algunas referencias donde en ciertos casos específicos se llamaba a algún cirujano en caso de dificultad. “La incorporación creciente de hombres obstetras en la asistencia del parto se dio desde mediados del siglo XIX en Europa y Estados Unidos, pero para el caso chileno esto es más tardío, y tiene que ver con un mayor número de médicos titulados, aproximadamente desde 1920 en adelante”, dice Soledad. Desde ese entonces, cirujanos y comadronas entraron en competencia y se definieron los límites de las prácticas de cada cual, asignándoles a las matronas la asistencia de los partos normales o sin dificultad.

Otro de los hitos clave para entender la evolución que tuvo el nacimiento fue la transición demográfica ocurrida entre los siglos XIX y primeras décadas del siglo XX, que dieron paso a nuevas representaciones respecto de la salud y particularmente en la salud materna e infantil. “De altas tasas de mortalidad y fecundidad se pasó progresivamente a una reducción significativa de ellas”, sostiene María Jesús Montes en su tesis doctoral. En Chile, el combate y la derrota de la fiebre puerperal desde 1870 en adelante fue clave. “Se trataba de una enfermedad infecciosa de alta mortalidad que se fue reduciendo en la medida en que se comprendió la naturaleza del mundo microbiano y se introdujeron prácticas higiénicas o antisépticas en las maniobras obstétricas y atención de parturientas”, explica Soledad Zárate.

Así, con el cambio al siglo XX comenzó una lenta pero hasta ahora irreversible transición del parto domiciliario al hospitalario, y también se reafirma-

ron las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento. “Para el caso chileno, el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obligatorio, fundada en 1924, y luego el Servicio Nacional de Salud, fundado en 1952, tuvieron como principales metas combatir la mortalidad materno-infantil, y una de las estrategias fue incrementar la asistencia profesional del parto, es decir, consagrar esta atención solo a matronas y médicos, lo que suponía eliminar a parteras o empíricas, aquellas que ejercían el oficio por tradición oral, sin preparación científica”, explica Soledad Zárate. Y aunque la hospitalización del parto, principalmente entre mujeres pobres, trajo beneficios tales como la caída de la mortalidad materna por causas sépticas y no sépticas, también influyó la introducción del uso de las sulfa-drogas y antibióticos hacia fines de la década del 40. Gonzalo Leiva, matron, docente y parte del directorio del Observatorio de Violencia Obstétrica, organismo que busca visibilizar, denunciar y acompañar a víctimas de violencia obstétrica, suma además otro factor importante en cuanto a la reducción de la mortalidad: la educación. “El aumento de la instrucción de las mujeres significó que se redujera la mortalidad rápidamente. Que la mujer chilena tuviese mayor acceso a años de escolarización desde la década del 50 tiene un impacto importantísimo en su vida, en su salud y en la posibilidad de cuidar a su hijo”, dice.

DE PROTAGONISTAS A PACIENTES

A nivel mundial, en los años setenta la asistencia al parto abandona casi totalmente el espacio de la casa y se desplaza a los hospitales, donde la medicina se erigió como la legítima protagonista. “Después de que el parto entró a las instituciones comenzó un proceso de despersonalización del nacimiento”,

dice Gonzalo Leiva, visión que la antropóloga española María Jesús Montes comparte en su tesis. “A mujeres y matronas se les usurpó un terreno de saberes y prácticas que quedó bajo el control de la medicina y que les sitúa en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación a esta”.

Michelle Sadler, antropóloga médica y académica de la Universidad Adolfo Ibáñez, también destaca el gran impacto que tuvo la tecnología asociada al nacimiento. “Esa cosa más empírica observacional de que, por ejemplo, la mujer necesita moverse para aliviar el dolor, para las contracciones o para la dilatación se fue perdiendo en pos de las medidas farmacológicas. Lo mismo que la posición de parto, que siempre fue libre –y generalmente vertical–, en la temprana obstetricia se cambió a la posición litotómica (acostada de espalda), que es la peor posición fisiológica para el parto, solo facilita al personal de salud. Entonces, lo paradójico es que intentando mejorar la salud, lo que se hizo fue implementar una cadena de intervenciones en la totalidad de las mujeres independiente de si tenían o no alguna patología, lo que ha generado mucho daño”.

Las altas tasas de cesáreas es una de esas consecuencias. Si bien hay datos de prácticas de cesáreas desde siglos pasados para casos de extrema dificultad, la relativización con la que se comenzó a tratar la vía del parto en las últimas décadas terminó por disparar las cifras de estas. Hoy en nuestro país tenemos una tasa de 47,1% de cesáreas, cifra que en el sector privado aumenta al 70%. “La alta tasa de cesáreas ha hecho creer que entre una y otra forma de parir es lo mismo, cuando la verdad es que no da lo mismo ni para la guagua ni para la madre. Y esto es aun más grave tomando en cuenta que la meta del Ministerio de Salud es llegar al 30%, y la de la Organización Mundial de la Salud es no superar el 15%”, asegura Gonzalo Leiva.

EN CAMINO HACIA LOS PARTOS RESPETADOS

Hoy en día la mortalidad materna e infantil están superadas; de hecho, si se compara a Chile con el resto del continente americano, tenemos los mejores indicadores vitales, según cuenta Gonzalo Leiva. “Ya superamos el trauma de las décadas 40 y 50, cuando Chile tenía tasas de mortalidad perinatales altísimas; hoy la gran deuda que tenemos es que la experiencia que viven las mujeres en los partos sean lo más positivas posible”, dice. Pero una de las principales barreras es que justamente se tiende a justificar todo por la baja mortalidad que este modelo de parto trajo. “Esa es una visión superreduccionista y parcial. Por el contrario, está ultracomprobado en el mundo que si bajamos las

intervenciones, si bajamos las tasas de cesáreas, vamos a tener muchas menos complicaciones obstétricas, menos hospitalizaciones de recién nacidos y mujeres mucho más íntegras física y emocionalmente, pero lamentablemente la construcción social que se ha generado en torno al parto ha sido desde el riesgo y el miedo”, dice la antropóloga médica Michelle Sadler.

El parto respetado es justamente una respuesta a esa ‘deuda’. Camila Boettiger y Florencia Monje, kinesiólogas diplomadas en embarazo y posparto, y fundadoras de Gestaluz, centro que imparte talleres de parto y maternidad, explican que muchas veces las personas piensan que cuando se habla de este tipo de parto es volver a parir en las casas, que efectivamente es una opción, “pero al final el parto respetado es justamente respetar los procesos fisiológicos y las necesidades de las mamás y sus guaguas, independientes de cómo termine siendo”, dicen, y agregan: “Hoy en día hemos llegado a un extremo de intervención tremendo y nos hemos olvidado de que el parto es un proceso fisiológico, natural y parte de la vida sexual, que requiere intimidad y una serie de condiciones para que las mujeres puedan parir bien”. Explican que cosas tan simples como un ambiente íntimo, luces tenues, que no entre ‘Pedro, Juan y Diego’, estar acompañada de las personas que uno quiera o elegir la posición para parir son las que pueden generar el cambio. “Mientras más uno se informa, más posibilidades hay de decidir. El parto es algo muy mágico y placentero, pero nadie nos lo ha explicado desde la visión de la fisiología o de la naturaleza. Nos mecanizamos a tal punto que ya no hay reflexión, pero es urgente volver a conectarnos con la idea de que el parto es nuestro”, dicen Camila y Florencia.

Justamente en febrero de este año la OMS volvió a sacar un manual con recomendaciones –prácticamente las mismas que publicó en 1985– acerca de cómo lograr partos positivos, donde los principales ejes son, por un lado, proporcionar un cuidado maternal respetuoso y donde la mujer sea el centro, y parar las intervenciones innecesarias, como las episiotomías de forma rutinaria, el uso de oxitocina sintética u otros métodos para acelerar el parto. También brindar libertad a la madre para elegir la posición que considere más cómoda y facilitar el contacto piel con piel entre el bebé y la madre (o padre), entre muchas otras. “Estamos en un momento histórico bien ideal, porque se podría potenciar la fisiología del parto y aprovechar todos sus beneficios, pero contando con el respaldo de la tecnología y el acompañamiento de un equipo médico”, concluyen Camila y Florencia. ■

**“HEMOS LLEGADO A UN
EXTREMO DE INTERVENCIÓN
TREMENDO Y NOS HEMOS
OLVIDADO QUE EL PARTO ES UN
PROCESO FISIOLÓGICO, NATU-
RAL Y PARTE DE LA VIDA SEXUAL,
QUE REQUIERE INTIMIDAD Y UNA
SERIE DE CONDICIONES PARA QUE
LAS MUJERES PUEDAN PARIR
BIEN”, DICEN CAMILA Y
FLORENCIA, DE GESTALUZ.**