

ROMPIENDO EL CORDÓN

Mayela Rodríguez Lobo

I. Introducción

Según (Irvin Toffler, 1990), estamos en un período de transición, para algunos caótico, que se puede explicar como el resultado del choque de olas. Para este futurista, estamos saliendo de la ola de la industrialización y entrando en la ola del conocimiento o tercera ola. En esta última, afirma Toffler, las brechas entre educados e ignorantes serán más amplias, que las existentes actualmente entre ricos y pobres. El poder cambiará de los ricos a los que tienen el conocimiento, y para acceder a él, los pilares fundamentales son la información y la educación; una educación que permita transformar esa información en conocimiento.

Para cambiar la situación planteada a lo largo de este documento, no sólo requiere tener acceso a la información, sino que además requiere de un esfuerzo sistemático de educación. En este caso específico, se trata de una educación centrada en los procesos de reproducción femeninos, que permita incentivar una toma de conciencia de la responsabilidad de las mujeres en dichos procesos.

Parafraseando a Toffler, esto es fundamental para que el cambio del poder pueda darse, del "Dios-en-bata-blanca" como él llama a los médicos, hacia las mujeres, un poder que ejerceríamos sobre nuestro cuerpo y sus procesos reproductivos.

Resumen: *En este trabajo la autora investiga sobre la violencia en el parto intra-hospitalario, y el poder que los médicos ejercen sobre la mujer en este proceso en particular. También se hace una reflexión sobre la necesidad de una toma de conciencia de las mujeres, y de lo importante y la necesidad de poseer un conocimiento más abarcador sobre los procesos reproductivos, que permita, a las mujeres, tener más control sobre estos.*

La fuerza, la riqueza y el conocimiento son las palancas esenciales, y forman la triada del poder. (Toffler, 1990, pág. 37). Nosotras excluidas de esa triada por milenios, masificadas y manipuladas por los medios de comunicación, hemos perdido hasta el último de nuestros poderes, y nos quedamos inertes para enfrentarnos a los fantasmas que nos persiguen desde siglos: la religión, la cultura y la medicina... Estos sistemas han ejercido tal poder y violencia sobre nuestros cuerpos y mentes, que enfrentarlos es el camino hacia la sanación.

Apoiada en la afirmación de (Toffler, p. 39) de que "el poder de mejor calidad se deriva de la aplicación del conocimiento". (Pág. 39). Es que me doy a la tarea de investigar sobre el parto y los cuidados que este recibe en los hospitales. Cuando comencé a investigar sobre el tema, me fui dando cuenta, me fui percantando, de los beneficios que habíamos logrado las mujeres en el sistema de salud desarrollado en los últimos 50 años en Costa Rica, pero también de cuánto habíamos perdido en términos de nuestro conocimiento ancestral.

Empecé entonces a hurgar en una situación "tabú" en Costa Rica: la violencia en el parto intra-hospitalario. Y es que cada día escuchamos los testimonios de partos traumáticos y violentos, que nos muestran el papel alienante que la medicina juega en el cuerpo de la mujer, especialmente en este proceso. Pero para entender mejor esa situación, es necesario remontarse a los orígenes, y analizar, desde una perspectiva histórica, las distintas formas de exclusión y manipulación que vivimos las mujeres en contacto con la institución médica. La primera, la exclusión como trabajadoras de la sanidad, relegadas hoy a papeles secundarios, cuando persiste todavía fresco en nuestra memoria, el hecho de que las prácticas y sustancias curativas fueron durante muchos siglos de nuestra exclusiva competencia. La segunda, como sujetos pasivos en los que la medicina, desde su aparición como institución, ha encontrado un verdadero filón dadas nuestras características fisiológicas.

La investigación que aquí se reporta se sitúa en el marco planteado y pretende aportar información que sirva de base para la generación de un nuevo conocimiento, que transforme la actitud de las mujeres y nos ayude a retomar el poder que hemos perdido sobre el cuerpo. Sin perder ese hilo conductor, que va de la generación de información a su transformación en conocimiento para la acción, pasando por la educación, este trabajo penetra en la esencia del manejo que se le da a los procesos reproductivos de la mujer, en especial en el parto.

Para ello se discuten dos momentos. El primer momento es el de la construcción de un marco referencial a partir de la investigación del parto, desde dos perspectivas o ámbitos: 1) el público, para lo que se investigó el parto intra-hospitalario, violentado y mercantilizado; y, 2) el privado, referido al parto humanizado y el parto en casa. Para abordar el primer punto me baso en los escritos de (Emily Martín, 1987), y (Federica Apffel, 1995), quienes consideran que la manipulación que hace la medicina del parto, es una manipulación ideológica y patriarcal. Abordaré el segundo punto a partir de los escritos de (Sheila Kitzinger, 1996), y (María del Carmen Brion, 1995), quienes abogan por la humanización del parto, así como el pensar de las parteras con quienes conversé (tres empíricas y dos profesionales), de médicos, de enfermeras obstetras y de mujeres jóvenes que han dado a luz en el último quinquenio, y mis propias vivencias.

II. Historia de un desplazamiento

2.1 La pérdida del conocimiento

En las antiguas civilizaciones egipcia, griega y romana, el arte de cuidar a la mujer en el embarazo, parto y postparto estuvo bien desarrollado. Ese cuidado fue siempre prodigado por mujeres, que han sido a través de la historia curanderas, cirujanas y parteras. Ellas eran las que curaban las enfermedades

en el mundo antiguo, y las divinidades femeninas eran las que regían los alumbramientos y las enfermedades específicas de la mujer. (Alic, 1991. Pág. 43).

La medicina ya era una profesión establecida en Egipto antes del año 3000 a.C. y había mujeres instruidas que trabajaban como médicas y cirujanas. Los papiros médicos hablan de ginecología, especialidad femenina en esa época.¹ Antiguamente, en la mayoría de las ciudades griegas había médicas y cirujanas que aprovechaban los progresos teóricos de las escuelas de medicina del Egeo. Ejemplo de eso fueron Theano y sus hijas (de la comunidad pitagórica), que tenían fama de excelentes curanderas. “Se decía que estas mujeres habían ganado un debate con el médico Eurifón, sobre el antiquísimo problema del desarrollo fetal. Las mujeres alegaban que el feto era viable antes del séptimo mes. Creían que el cuerpo humano era una copia microcósmica del macrocosmos —el universo en su conjunto—.” (Alic, 1991. Págs. 8 y 37). Posteriormente, el prejuicio antifemenino que se desarrolló paralelo al monoteísmo y a la mitología griega, pasó a formar parte de la mayoría de los sistemas de filosofía natural y contribuyó a la creencia, difundida tanto entre los hombres como entre las mujeres, de que la ciencia era el campo de acción del varón.

Con el paso del tiempo las mujeres encontraron que su ejercicio se iba restringiendo cada vez más, y sólo se les permitía ser parteras. Este patrón se repite en la historia hasta que, en el siglo XIX, las mujeres perdieron incluso este reducto, cuando “Tertuliano de Cartago, un padre de la Iglesia del siglo III, descargó su ira contra las médicas y las comadronas, acusándolas a todas de aborteras.” (Alic, 1991. Pág. 48). Sin embargo, hasta el siglo XVI la obstetricia y la ginecología, eran especialidades de la mujer médica, y prestigiadas comadronas alemanas llegaron a practicar también la medicina general.²

Poco a poco fueron las mujeres perdiendo su espacio en la medicina hasta que entre los siglos XVII y XVIII, los médicos empezaron a hacerse cargo de los cuidados obs-

tétricos de las mujeres, invadiendo el último bastión de las sanadoras: la obstetricia. “Practicantes no profesionales varones —‘barberos-cirujanos’— iniciaron el ataque en Inglaterra, alegando una supuesta superioridad técnica, basada en el uso del fórceps obstétrico. (El fórceps estaba clasificado legalmente como instrumento quirúrgico y las mujeres, en el siglo XIX y desde mucho antes, tenían prohibida jurídicamente la práctica de la cirugía.)” (Ehrenreich y Deirdre, 1988, Pág. 20). Una vez en manos de los varones, la práctica de la obstetricia entre las clases medias, perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas, para convertirse en una actividad lucrativa. En el siglo XVII se reanudó el interés por mejorar la atención de la mujer durante el embarazo y el parto, pero con la exclusión de las mujeres como sanadoras, y en el siglo XVIII, cuando la medicina comenzó a ser muy fuerte, tomó en sus manos el parto cambiándolo totalmente. El médico francés Francois Mauriceau, comenzó a acostar a las mujeres boca arriba en cuanto empezaba el trabajo de parto, lo que hace mucho más difícil la labor de parir, pero facilita la labor del médico. De esta manera empezaron los médicos a hacer partos, interviniéndolo cada vez más y usando prácticas agresivas que se asumen como beneficiosas para las mujeres.

2.2 Una lucha muy antigua

En la Inglaterra del siglo XIX, las comadronas se organizaron y acusaron a los varones de especulación y abuso peligroso del fórceps. Pero ya era demasiado tarde y las protestas de estas mujeres fueron acalladas fácilmente acusándolas de ser ignorantes “curanderas”, aferradas a las supersticiones del pasado.

Ya anteriormente, el médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865), preocupado por la epidemia de fiebre puerperal, alertó acerca del ginecocidio que los médicos estaban perpetrando, y los llamó reiteradamente “asesinos”.³ Poco tiempo después de las denuncias de Semmelweis, Louis Pasteur descubrió que la epidemia de la misteriosa

fiebre puerperal, provenía de las manos contaminadas de los médicos al tectar a las parurientas.⁴

2.3 La metáfora producción-reproducción

Para trabajar este punto me basaré en lo expuesto por Federica Apffel, en su libro "El Bosque Sagrado" (1995). Entre los siglos XVIII y XIX, la razón pasó a ser vista como antitética de los procesos de menstruación, gestación, parto y lactancia, y se postuló una relación inversa entre el desarrollo de la mente y el del útero, esto es, si la primera crecía, el segundo se marchitaba. (Apffel, 1995).

El cuerpo, la parte de los humanos que la Modernidad asigna al dominio natural/biológico, pasó a ser visto como la naturaleza, y a esta se le vio inerte, sin pensamiento ni sentimiento, como una gran máquina. Esta concepción se trasladó al cuerpo humano, pero la fuerza reproductiva de los cuerpos femeninos no entró en el mercado, en la misma forma que las fuerzas reproductivas de los cuerpos masculinos. Se pensó, afirma Apffel, que para las mujeres controlar con su racionalidad y voluntad, su trabajo en la reproducción, reduplicaría la relación entre la racionalidad y el cuerpo, central este último al trabajo mercantilizado. La solución se encontró entonces en la ideología de la domesticidad, la que mantuvo a las mujeres y su trabajo, seguro en la esfera doméstica y fuera de la esfera mercantilizada. También hizo a las mujeres dependientes de los ingresos de los hombres, y las dejó fuera de la esfera pública. La reproducción se convirtió en la operación natural/biológica de cuerpos semejantes a máquinas en una esfera inaccesible a las mentes y voluntades de las mujeres, y controlada por una ciencia médica masculinizada. Los cuerpos de las mujeres fueron condenados a la "mera reproducción de vida", una actividad sin conciencia, racionalidad ni voluntad. (Apffel, 1995. Págs. 86,89).

Siguiendo a Emily Martin (1989), Apffel afirma que en el discurso y la práctica gi-

necológicas, dos metáforas dominan la construcción del cuerpo femenino: el cuerpo como una máquina y la metáfora de la producción. Para esta autora, el útero de la mujer es tratado durante el parto, en la misma forma que el trabajo masculino es tratado en la producción fabril (Apffel, 1995. Pág. 293). El lenguaje aplicado a las contracciones del parto, se parece al lenguaje aplicado en la fábrica. Los úteros producen "contracciones eficientes o ineficientes". Un buen o mal parto es juzgado por la magnitud del "progreso hecho en ciertos períodos de tiempo". El parto, como el trabajo fabril, es subdividido en muchas etapas y subetapas.

La metáfora de la producción dice Apffel, genera una profunda contradicción, ya que ubica el proceso de reproducción dentro de la esfera pública de relaciones mercantilizadas, levantando así el espectro de la venta del producto del parto de una mujer, lo que ha sido y es inaceptable (con la importante excepción de la esclavitud). Para abordar esta contradicción, afirma, tenía que establecerse una crucial distinción entre el trabajo en el proceso de producción industrial y el trabajo de parto en el proceso de reproducción. La disimilaridad entre las dos formas de trabajo, viene a alojarse en el hecho crucial que no es la mujer quien está trabajando sino el útero. Toda esta tesis está apoyada en la afirmación médica de que "las contracciones uterinas son involuntarias y, en su mayor parte, independientes del control extrauterino." (Apffel, 1995. Pág. 294).

Aunque ha sido suficientemente probado que no es así, que las contracciones uterinas pueden ser controladas por la mujer, "la oposición entre las mentes femeninas y el trabajo de parto específicamente femenino, está viva y coleando en el campo de la obstetricia... Las contracciones uterinas no son involuntarias, pero asombrosamente, este conocimiento no es aplicado en el tratamiento obstétrico", afirma Apffel. Las razones por las cuales las contracciones uterinas son categorizadas como involuntarias, tiene que ver con que la mujer misma es capaz de controlar sus

contracciones, su parto, y esto tendría implicancias inadmisibles. La relación de control entre la mente y el cuerpo fue desarrollada en respuesta a la necesidad de la creación del trabajo como mercancía. Una conexión similar entre las mentes femeninas y las partes específicamente femeninas de los cuerpos de las mujeres, evocaría la idea de la venta del propio cuerpo y/o el producto del propio cuerpo, el niño. “Esto sería semejante a la prostitución y/o la esclavitud, por supuesto inadmisibles, también porque convertiría a la mujer en propietaria unitaria del hijo, excluyendo a los hombres sobre el producto de los cuerpos de las mujeres, sus hijos.” (Apffel, 1995. Págs. 37 y 38).

La “asombrosa” capacidad de la medicina científica moderna para ignorar la evidencia científicamente acumulada respecto a que las contracciones uterinas no son involuntarias, es exigida por las profundas contradicciones creadas por la metáfora de la producción para el parto. El mito de la naturaleza involuntaria de las contracciones uterinas permite a cualquiera mantener este tipo de trabajo, con seguridad plena fuera del dominio de las relaciones mercantilizadas, seguramente fuera del mercado, y con toda seguridad dentro de la esfera doméstica. También transforma a la mujer en el parto en una máquina sin sesos ni sentimientos. Las mujeres “hacen bebés” pero el médico o la médica “administra” sus gestaciones y los “entrega”. (Apffel, 1995. Pág. 38).

III. El parto intra-hospitalario

“... aparecían en escena otros personajes a quienes nunca habían visto y las “tactaban”. Muchos pinchazos, muchas manos dentro del cuerpo, mucha luz, mucha inquietud y mucho dolor. Al médico se lo notaba apurado, nervioso, porque ustedes “no colaboraban”. María del Carmen Brion.

3.1 El cuerpo médico: “una familia siniestra”

“Una familia siniestra” es como María del Carmen Brion se refiere al cuerpo médi-

co en su libro “El Parto de la Hembra Humana” (1995), texto que sirve de base para trabajar esta sección. Para Brion, el cuerpo médico, no sólo es una estructura de poder institucionalizada, sino que ignora o pretende ignorar muchas cosas básicas con respecto a la atención del parto. Los médicos, argumenta, ignoran leyes fisiológicas que si se tomaran en cuenta, permitirían asistir el parto con un índice bajísimo o casi nulo de episiotomías y por supuesto, un índice de intervencionismo mucho menor del actual (cesáreas, fórceps, inducciones, monitorizaciones, etc.). Ignora que la OMS reconoce y recomienda una serie de medidas de asistencia a la mujer y al recién nacido, muy lejanas a la práctica actual. Ignora que los padres y madres, no son niños que necesitan que otros decidan por ellos, sino personas adultas, frecuentemente con criterios propios, capaces de participar activamente en el proceso de parto. Ignora que el cuerpo de las mujeres sigue estando diseñado por la naturaleza a lo largo de milenios y desde su código genético, para poner a sus hijos en el mundo, tan correctamente como cualquier otra mamífera.

Ignora que la inteligencia de las mujeres, alcanza para algo más que para ser sometidas a la especie de “entrenamiento para portarse bien”, o de “domesticación”, que es en lo que se ha convertido algunas de las llamadas “preparaciones maternas”. Ignora que la “humanización del parto” no consiste sólo en ponerle buena cara a las mujeres en la sala de partos, o permitir en casos excepcionales la entrada del padre al mismo, sino que implica una transformación muy profunda de la visión de la mujer, del nacimiento, de la medicina como herramienta de ayuda, de la vida. Ignora que su función es puramente facilitar a las usuarias y usuarios, el modo y el lugar de vivir el nacimiento y el parto que ellos decidan, con el apoyo del profesional o la profesional que ellos mismos elijan. Ignora incluso algo muy práctico: que poner en marcha esta transformación en el campo de la obstetricia, significaría una reducción espectacular del gasto sanitario y médico. (Brion, 1995. Pág. 20).

3.2 La obstetricia como sistema de control

En todo el mundo se afirma el fracaso de la obstetricia convencional, incapaz de dominar sus tasas de cesáreas, el uso de drogas, la tasa de separación entre la madre y el recién nacido, etc. El obstetra está únicamente preocupado, o más bien obsesionado por el control del parto, ya se trate del control de la posición, de la respiración, de los ritmos cardíacos por sistema electrónico, o de la concentración de los partos en gigantescos hospitales. (Brion, 1995. Pág. 50).

Para MdC Brion (1995. Pág. 72), la obstetricia es una especialidad cuyo trabajo depende de las complicaciones que los médicos provocan a mujeres y bebés. Los obstetras saben que ésta es una gran responsabilidad y los mantiene ocupados tratando de que los partos no sean espontáneos. Los obstetras son especialistas en sacar bebés, “por arriba” con cesárea o “por abajo” con fórceps.⁵

Hace casi trescientos años que los cultores de la obstetricia vienen luchando para que las hembras de la especie humana, olvidemos que estamos diseñadas para parir. Los especialistas empezaron a hacer partos, y nosotras nos olvidamos de que hacía varios cientos de miles de años que los partos los hacíamos nosotras. Mauriceau nos puso a parir acostadas y acuñó científicamente su descubrimiento, al que llamó posición “de cúbito supino”. Fue así como olvidamos nuestra potencia para parir.

Cuando el hombre médico, que es impotente para la creación biológica, interfiere nuestros partos, nos impone un fenómeno de transferencia por el que nos hace vivir su impotencia como nuestra. Para lograrlo, destruye nuestra potencia fisiológica de hembras para la creación de vida, usando la potencia mecánica, que es característica del macho, para arrancar con maniobras, instrumentos y drogas lo que debe salir espontáneamente, el bebé.

La mujer acostada no puede parir, porque se perturba el desencadenamiento de los

fenómenos endógenos del parto. El médico recurre entonces a maniobras para sacar al bebé, mientras al mismo tiempo le está obstruyendo la salida. Hoy se les sigue arrancando la placenta a las mujeres mediante la maniobra de Credé. Este procedimiento deja restos microscópicos o macroscópicos que son causa de infección y hemorragia. La infección postcesárea es debida, en la mayor parte de los casos, a restos placentarios que quedan después de la extracción manual de la placenta.

3.2.1 La cesárea

Dentro de las prácticas obstétricas más usadas actualmente en las clínicas privadas, está la cesárea. Para los médicos la cesárea es una operación trivial y nunca se refieren a la histerectomía, que es el corte más profundo que se hace en el útero. La operación cesárea tiene más “peligros, inconvenientes y consecuencias físicas en las pacientes y su descendencia” que el parto normal. Como cualquier operación quirúrgica abdominal, le corresponde el trauma operatorio y la posibilidad de accidentes y complicaciones. Estos pueden ocurrir durante el acto operatorio o después. (Brion, 1995. Pág. 19).

La cesárea al ser una intervención quirúrgica, implica múltiples riesgos para la madre y para el bebé. **En la madre:** a. anestésico (hipotensión, reacciones alérgicas, entre otros); b. quirúrgico (hemorragias entre otros); c. postoperatorio inmediato (infecciones, íleo, entre otros); d. emocional (estrés, dolor, alteración del vínculo madre-hijo, alteración de la lactancia, entre otros). Para el **recién nacido:** a. anemia si se produce hemorragia placentaria; b. distress respiratorio, por falta de expulsión del líquido pulmonar al no pasar por el canal del parto; c. alteración del vínculo madre-hijo. La operación cesárea sigue siendo una causa importante de morbi-mortalidad materna. Además, el recién nacido puede nacer deprimido por la anestesia y su adaptación inmediata a la vida extrauterina, tiene desventajas con respecto al parto normal.

Todos estos riesgos se ven minimizados si la cesárea tiene indicación precisa, ya sea por causa materna o fetal, pues en tales supuestos el riesgo eventual que se pretende evitar y que motiva la indicación de tal práctica quirúrgica, es más elevado que el de la operación en sí. Obviamente, si la cesárea no tiene ninguna indicación, en ese caso correrán madre y feto los riesgos señalados, atribuibles al procedimiento quirúrgico, sin la justificación de un mal mayor que se persiguió evitar.

Para (Brion, 1995, Pág. 72), la especialidad de los médicos consiste en engañar a las mujeres, al convencerlas que su cesárea es indispensable. Para ellos, el parto espontáneo es una amenaza a su poder y a sus finanzas, ya que una cesárea cuesta, como mínimo, un 65% más que un parto vaginal. En Costa Rica la tasa de cesáreas en las clínicas privadas es altísima, y en algunas de ellas alcanza hasta de un 65%. Como vemos, la razón principal de no dejarnos parir espontáneamente, es principalmente económica, ya que por ejemplo, en los hospitales del CCSS sólo se les somete a cesáreas a las mujeres que realmente lo necesitan.

3.2.2 La episiotomía

“La episiotomía (corte en el periné) sistemática, no está justificada en absoluto. Deberían ser estudiados otros métodos de protección del periné y ser adoptados si se demuestra su validez.” (Recomendación No. 18 de la OMS. Brasil, 1985). Esta, como otras nueve recomendaciones de la OMS referentes al parto, no son tomadas en cuenta en las salas de maternidad de este país. La episiotomía sigue siendo una práctica de rutina en primigestas y secundigestas en hospitales como el San Juan de Dios, Hospital de las Mujeres, y en la mayoría de los hospitales de la CCSS. Para los defensores del parto fisiológico, la episiotomía no es necesaria, y sólo debe usarse en emergencias, como cuando el bebé pierde el latido del corazón y está en peligro. Porque ese canal estrecho que apreta al be-

bé, le saca los líquidos y lo prepara para el tacto y para la vida. “El parto es un acto fisiológico en el que uno de sus más importantes aspectos, es el paso del feto a través del canal del parto.” (Brion, 1995. Pág. 72).

En las Jornadas de Ginecología y Obstetricia, llevadas a cabo en junio de 1999, el doctor Carlos Castro Echeverri, especialista en ginecología y obstetricia, presentó la ponencia: “**Beneficios y riesgos de la episiotomía**”. En dicha ponencia, el doctor Castro demuestra con abundante bibliografía, que, contrario a la creencia general, la episiotomía no previene desgarros, y que tiene más inconvenientes que beneficios para las mujeres y concluye: “La episiotomía previene desgarros del segmento perineal anterior (el cual tiene poca morbilidad), pero falla al no cumplir con otros atributos que se le han otorgado, tanto maternos como fetales, incluyendo la prevención de lesiones perineales y sus secuelas, protección del relajamiento del piso pélvico y sus secuelas, protección al recién nacido de la hemorragia intracraniana y de la asfixia intraparto, incrementa la pérdida sanguínea materna, y al prolongarse en profundidad, arriesga la integridad de la mucosa rectal y esfínter anal materno, el riesgo de cicatrización imperfecta y de dolor perineal posparto.” (Castro, 1999. Pág. 28).

La episiotomía es una mutilación, así lo afirma Germaine Greer, en su libro “The Whole Woman”. “La práctica de la episiotomía fue introducida por los hombres parteros, como un desafío a las parteras, para quienes un parto era exitoso cuando la mujer quedaba intacta.” (Greer, 1999. Pág. 106).

3.2.3 El empujoncito

En la mayoría de los hospitales del país, se administra a las parturientas vía intravenosa, salbutamol o pitocín. (Dato suministrado por el Departamento de Salud de la Mujer de la CCSS). La primera de estas drogas, el salbutamol, sirve para inhibir las contracciones uterinas y parar la labor del parto. La segunda, el pitocín, acelera las contracciones y

hace más rápido y doloroso el parto. La sobredosificación de pitocín es muy frecuente, ya que se administra por goteo en forma continua, procedimiento actualmente obsoleto. (Brion, 1995. Pág. 65).

Las advertencias sobre reacciones adversas y sobredosificación, destacan muertes maternas debidas a episodios hipertensivos, hemorragia subaracnoidea (cerebral), ruptura del útero, muertes fetales debidas a varias causas y daño cerebral en el bebé, asociadas con el uso de goteo de pitocín para la provocación del parto, o para aumento en el primer y segundo período del trabajo de parto. (Brion, 1995. Págs. 65, 66).

3.2.4 Los tactos

“Tactar’ a una parturienta es criminal”. (Brion, 1995. Pág. 84). Las penetraciones digitales reiteradas (una cada media hora), realizadas por los integrantes del equipo médico (médicos, enfermeras, estudiantes), vulneran la bolsa de aguas y el moco cervical, que son las protecciones naturales que las hembras humanas tenemos.

En cualquiera de las maternidades de los hospitales nacionales, pueden encontrarse mujeres que acaban de parir y que tienen la vulva edematizada, por las penetraciones digitales despiadadas de médicos de guardia, residentes, estudiantes y enfermeras obstetras. La integridad de la bolsa asegura que el bebé haga su trabajo de nacer con todo el cuerpo plegado, el mentón pegado al pecho y sus piernas y brazos bien encogidos. El líquido amniótico que la bolsa contiene protege su cerebro de las compresiones que sobre él hacen las contracciones de nuestro útero, empujándolo hacia la vagina.

El bebé contenido dentro de la bolsa íntegra, significa para nosotras una atenuación marcada del dolor del período expulsivo, justamente porque estamos expulsando una bolsa, cuya plasticidad es perfecta. El parto espontáneo de la hembra humana es un parto con la bolsa íntegra, que recién se rompe cuando el bebé terminó de salir.⁶

3.3 El parto vertical

“... No pudo inventarse una imagen más devastadora para ilustrar el cautiverio de la mujer: envuelta en sábanas, en posición supina, drograda, con las piernas colocadas en estribos, en el preciso momento en que está trayendo la vida al mundo. Esta ‘liberación del dolor’, como la ‘liberación sexual’, coloca a la mujer físicamente a disposición del hombre, restando posibilidades a su propio cuerpo.” (Rich, 1986, Pág. 254). Una revisión histórica de la manera como las mujeres han parido a sus hijos, demuestra, en relación con la posición escogida, que ésta ha variado no sólo de una cultura a otra, sino a través del tiempo, conforme el hombre cambió su concepto en relación con el parto y sobre todo con respecto del cuidado materno-infantil. Por medio de narraciones, grabados, figuras talladas de pueblos primitivos, dibujos y fotografías, se observa que ha habido una tendencia general a preferir una posición que sitúe el eje longitudinal materno, en relación con el canal del parto y en dirección a la gravedad.⁷

Los médicos o médicas y enfermeras que han escrito en favor del parto vertical (Ana Fischer-Duchelmann), afirman que el trabajo de parto es mucho más difícil en posición horizontal y por esa razón recomiendan a las mujeres robustas y fuertes parir de pie, arrodilladas o de cuclillas, con la seguridad de que la progresión del parto será mucho más rápida.

En siglos anteriores, la posición vertical fue la más utilizada y resultó ser la más ventajosa, pues reduce el período expulsivo y consecuentemente el uso de fórceps. Esto se debe a que en esta posición, la dirección hacia la gravedad que sigue el canal del parto y la dirección de las fuerzas expulsivas son sinérgicas. Cuando una mujer se coloca en esta posición, la gravedad favorece el nacimiento, pues se facilita el descenso y expulsión de la cabeza fetal a través del canal del parto. (Gómez, 1974. Pág.5).

Existen cuatro variedades en la posición vertical: 1. sentada, donde la mujer descansa sobre sus nalgas con un soporte en la

espalda; 2. de cuclillas, donde el peso del cuerpo descansa en los pies y las rodillas se encuentran dobladas; 3. hincada, recibiendo las rodillas el peso del cuerpo; 4. de pie, con el peso del cuerpo en los pies, pudiendo estar dobladas ligeramente las rodillas. (Gómez, 1974. Pág. 5).

Hace tan sólo 200 años que se introdujo la posición recubiente para el parto. Para justificar esta posición, los médicos han recurrido a criterios como la asepsia, ya que la mujer está menos expuesta a contaminarse durante el parto si mantiene una posición vertical, pero la razón principal es la comodidad para el médico. Después de una serie de cálculos físicos, se vio que se requiere 80% más de presión externa para la expulsión del feto en esta posición, que si la paciente se encuentra en una posición vertical.

“Las ventajas del parto vertical son muchas. La más obvia es la ayuda de la gravedad. En la posición horizontal, entre pujo y pujo, el feto puede regresar un poco hacia el útero, mientras que en la posición vertical, lo que ha avanzado el feto es avance neto, sentido como tal por la mujer, tanto física como psicológicamente. Por esta misma razón, en la posición sentada o en cuclillas, el útero realmente puede descansar entre pujo y pujo, haciendo cada impulso más fuerte y eficaz. La mujer en esta posición también puede ayudarse mejor con todo el cuerpo, empujando con la espalda, utilizando los muslos y buscando su comodidad. “Además se ha comprobado que la acción gravitatoria del feto sobre el orificio interno del cuello uterino actúa como factor excitador de su relajación y, como consecuencia, la mujer “se abre más”. Otra cosa importante es que el feto expulsado arrastra la placenta, la cual comúnmente se queda adentro del útero después del parto horizontal y debe ser extraída con mucha incomodidad desde un útero cansado y dolorido. Tucho Perrusi “quería que recordáramos lo instintivo del parto y que nos cuidáramos de las manos que amenazaban convertirlo en un acto médico.” (Brion, 1995. Pág. 36).

3.4 En contra vía

En varios países de Europa, en Estados Unidos y en algunos países de América Latina: Argentina, Colombia, Uruguay por ejemplo, se están haciendo esfuerzos importantes por humanizar el parto. En Costa Rica, si bien las mujeres hemos logrado ventajas considerables en las condiciones técnicas y de infraestructura para la atención del parto y salud reproductiva en general, también, llevar el parto masivamente a los hospitales tiene su lado oscuro, su aspecto negativo, por dos motivos: primero, una pérdida total de autonomía en el proceso de embarazo y parto; y segundo, por la agresión a que se ven expuestas las parturientas en estos centros de atención. Y digo agresión porque, en los hospitales de la C.C.S.S., las mujeres parturientas son sometidas a procedimientos innecesarios y muchas veces perjudiciales para ellas, como son la aplicación de drogas para inducir o inhibir el parto (pitocín, salbutamol), episiotomía, tactos repetidos, enema, rasurado del bello púbico, kristeller (práctica esta última prohibida en otros países por los hematomas que produce a los bebés y los grandes desgarros en la madre), indiferencia de parte del personal de salud a su particular condición.

La campaña iniciada en los años 50 en Costa Rica, que tuvo como objetivo inicial reducir la mortalidad infantil y materna, ha cumplido ampliamente este objetivo. En menos de 50 años, el 98% de los partos son intra-hospitalarios, sin embargo, la atención que se la da a la mujer en los centros médicos, ha desmejorado en la última década y esto se debe en gran medida, al hacinamiento en las salas de maternidad y a la pérdida de sensibilidad de muchas de las personas que atienden estas salas. Por otra parte, el incremento en el uso de ocitócicos para la conducción del parto, aún en primigestas, el uso casi rutinario de sedantes y anestésicos, quiere poner de manifiesto una supuesta incapacidad de la mujer como ser biológico, para

llevar a cabo en forma natural, una función para la cual su organismo anatómica y fisiológicamente está capacitado.

La campaña masiva mencionada en el párrafo anterior, provocó un desplazamiento del parto en el hogar por el parto institucionalizado, y una suplantación de la tecnología moderna por la atención tradicional del parto, para dar cabida a una más compleja que evoluciona al ritmo de los descubrimientos de la ciencia médica. Los conceptos actuales sobre la asistencia del parto, las normas y rutinas de los servicios de maternidad cada vez más elaborados, junto con la actitud de la mujer moderna para enfrentarse al parto, lo han convertido en un procedimiento complejo e intervenido, perdiéndose la dimensión de que el parto es un proceso fisiológico, para el que la mujer esta naturalmente capacitada. (Gómez, 1974. Pág. 2).

En las salas de maternidad casi la totalidad de los partos son dirigidos, cayendo en una provocación indiscriminada y patologizándolo de manera tan "científica", que parir en un hospital o clínica se ha hecho obligatorio. El llevar masivamente el parto a los hospitales lo ha mercantilizado y lo ha vuelto un hecho público. Para que todas las mujeres acudan a los hospitales, se las manipula en la consulta prenatal, haciéndoles creer que el parto es un proceso peligroso y que ella no es capaz de enfrentarlo sin la ayuda de un médico, atemorizándolas con las posibles complicaciones que podrían presentarse. Los médicos son los que mandan en las salas de maternidad, y cuando ellos se apoderan de este proceso, lo intervienen innecesariamente y no aceptan sugerencias (opinión de enfermeras obstetras).

Actualmente, una de las tendencias más importantes es permitirle a la mujer escoger el lugar donde quiere parir. Sin embargo en Costa Rica, las únicas opciones que existen son los hospitales generales, donde las mujeres están expuestas a contraer múltiples infecciones y el trato muchas veces grosero y displicente del personal, el Hospital de la Mujer (antigua Maternidad Carit), o la clíni-

ca privada. Algunos médicos y parteras atienden partos a domicilio, como el doctor Adam Paer, pero es un porcentaje muy pequeño de la población femenina la que tiene acceso a estos servicios.

IV. Un camino con corazón

"... el monopolio de los conocimientos médicos que los profesionales habían ejercido hasta ahora ha quedado destrozado. Y un doctor ya no es un Dios." Alvin Toffler.

Mientras el trabajo de las comadronas volvió a ser una próspera actividad en manos de las mujeres en Escandinavia, Holanda, Inglaterra y otros países, en Costa Rica se halla prácticamente prohibido. Paradójicamente en los años en que se inició el programa de capacitación de parteras, también se inició la "persecución" de éstas. De las 150 parteras capacitadas que existen actualmente, muy pocas ejercen su oficio, porque sólo se les permite atender partos de emergencia. Incluso, algunos funcionarios de salud las amenazan con denunciarlas a la OIJ si atienden partos. (Así lo manifestó Isabel Rivera, partera empírica de Boruca en el Semanario Universidad del 3-9 de febrero de 1999, declaraciones recogidas por la autora de este ensayo).⁸

Al preguntarse cómo los médicos desplazaron a las parteras y sanadoras, la versión real de los hechos forma parte de la larga historia de la lucha de clases y sexos por el poder, en todos los ámbitos de la vida en el siglo XIX. Mientras las mujeres tuvieron un lugar en la medicina, su actividad se desarrolló en el marco de la medicina popular, y cuando ésta quedó eliminada, las mujeres ya no tuvieron cabida, excepto en el papel subordinado de enfermeras. En Estados Unidos, todavía a principios del siglo XIX, era frecuente que las mujeres tuvieran una consulta conjunta con sus maridos, en la cual él actuaba como cirujano y ella como comadrona y ginecóloga, compartiendo todas las demás tareas. (Ehrenreich, 1988. Pág. 22).

4.1 ¿Cuáles son nuestras opciones?

Sheila Kitzinger, enfermera inglesa que durante años ha trabajado atendiendo partos y convenciendo a las mujeres de que el parto es un proceso natural al que no debemos temer, afirma que el nacimiento en casa puede verse como un anacronismo, en este período en el que la obstetricia se especializa cada vez más y la tecnología se hace cada vez más sofisticada y cara. Es cierto que es importante poner mucha energía y mejorar nuestras maternidades, hacerlas más acogedoras, más familiares y confortables, a fin de que la joven madre pueda ser ella misma y de que los cuidados estén verdaderamente centrados en la familia.

Sin embargo, cualquier sistema no puede ser mejorado más que cuando existe alternativa al sistema dado. Sólo podemos mejorar realmente el nacimiento, si los padres tienen la posibilidad de elegir el tipo de nacimiento que desean vivir. En una sociedad que pone toda su atención en la organización del parto hospitalario, el arte de parir en casa puede desaparecer, es más, está desapareciendo rápidamente. Recuperar el nacimiento en los hogares no quiere decir llevar a ellos la tecnología y la atmósfera del parto hospitalario, sino volverlo un acontecimiento feliz.

Un aspecto importante del parto en casa es que ocurre en un entorno que la pareja ha creado. Es allí donde el nacimiento tiene más posibilidades de ser celebrado como una cosa natural y un momento importante en el ritmo de la vida. El nacimiento en casa es un aniversario, un ritual feliz así como un proceso fisiológico. Crear una vida nueva en este mundo ha sido siempre uno de los grandes actos simbólicos que sobrepasaban en mucho la realidad física del parto. El nacimiento representa la creación de una cosa nueva, la apertura hacia una esperanza, la posibilidad de cambiar un mundo viejo y marchito en un mundo de pureza. El nacimiento nos ha dado también el concepto de renacimiento, de recreación del espíritu humano, de purificación, de apertura de los

ojos y de los oídos a fin de que el mundo sea percibido bajo una nueva perspectiva. (Kitzinger, 1996. Pág. 14).

En Occidente hemos olvidado que el nacimiento y la muerte forman parte de la vida, ya que hemos hecho del nacer y del morir, acontecimientos medicalizados que casi obligatoriamente deben tener lugar fuera del domicilio, en instituciones especializadas, y bajo el control de profesionales que no están implicados emocionalmente. Nacimiento y muerte son dos momentos que todo ser humano vive inevitablemente, estos forman parte del flujo y del reflujo de la vida misma. Si buscamos para cada una de nosotras el significado de nuestras experiencias humanas universales, podríamos entonces sentir que somos creadoras y no estamos a merced del destino, o de los médicos, o de aquellos que “se ocupan de nosotras”, y sin defensa ante la organización jerárquica de los grandes hospitales.

Debemos “desmedicalizar” el nacimiento y la muerte. Cuando la medicina no puede ayudarnos o cuando la técnica nos parece demasiado “deshumanizante”, debemos exigir poder decir no. Es preciso crear alternativas, en esta sociedad que ofrece a la mayor parte de las personas, poco espacio para tomar decisiones personales en el terreno de la salud. (Kitzinger, 1996. Págs. 14 y 15). Somos nosotras mismas las que debemos tomar las decisiones en relación con nuestra salud, en relación con el lugar en el que queremos parir y si es posible, en la manera en que queremos vivir nuestra vejez y cómo morir. Dejar a otros estas elecciones, bajo pretexto de que los profesionales saben más que nosotras, equivale a abandonar la responsabilidad de nuestras propias vidas. (Kitzinger, 1996. Pág. 7).

Esto implica la creación de una nueva relación con los médicos, que se convertirían a su vez en educadores. Cuidadores y cuidados deben cambiar, no se trata sólo de nuevos métodos de cuidados, sino de nuevas actitudes. Estos cambios son importantes en todos los ámbitos de la salud y particularmente en la salud de la mujer. La mayor parte de los médicos

son hombres y sin embargo son responsables de la salud de las mujeres, que somos las reproductoras. Los ginecólogos son oficialmente los responsables de la salud de las mujeres, y sin embargo, conocen más de enfermedades que de salud. Y es que es lógico para un obstetra ver el nacimiento como una enfermedad, puesto que se le ha enseñado el arte de curar.⁹

Ver el embarazo y el nacimiento como condiciones patológicas, lleva a intervenciones inútiles que pueden ser muy peligrosas en este proceso natural, para el cual los cuerpos de las mujeres están preparados. El intervencionismo en los cuidados a las parturientas traen como resultado enfermedades iatrogénicas (producidas por los médicos), que provocan a su vez otras intervenciones médicas. Cuantas más enfermedades iatrogénicas se creen, más útiles parecerán los doctores. (Kitzinger, 1996. Pág. 16).

Como suele suceder normalmente con las estructuras de poder que se atrincheran en su prepotencia, el cuerpo médico ignora una situación de hecho, confirmada a través de todos los estudios científicos realizados en los últimos 15 años, y corroborada por la OMS, que: "el parto domiciliario preparado correctamente, en mujeres sanas y por profesionales expertas, es tan seguro como el parto hospitalario, en cuanto a mortalidad, y más seguro que éste respecto a la morbilidad." (Kitzinger, 1996. Pág. 8).

4.2 Conociendo nuestro cuerpo

Prosiguiendo con lo expresado por Sheyla Kitzinger (1996), el movimiento por el nacimiento en casa no es más que una parte del movimiento más amplio de cuestionamiento del lugar de la medicina en nuestras vidas, a fin de crear una nueva relación con nuestros médicos, y aceptar la responsabilidad de nuestras vidas y nuestros propios cuerpos. Para dar este paso, afirma la enfermera inglesa, es muy importante que las mujeres conozcamos las funciones de nuestro cuerpo, y así podamos comprender aquello de lo que los médicos hablan.¹⁰

Debemos aprender el lenguaje que los médicos utilizan para describir el cuerpo de la mujer, pero no sólo eso, debemos ir aún más lejos: debemos aprender a querer nuestro cuerpo. La información técnica no es más que el principio de la conciencia del cuerpo. El cuerpo de la mujer está constantemente en cambio, modificando su forma, su tamaño, su peso y sus sensaciones en la adolescencia, con las menstruaciones y sobre todo con el embarazo, el parto y el postparto. (Kitzinger, 1996. Pág. 16). Los obstetras y los ginecólogos conocen esto, pero la mayor parte de ellos no lo viven, por lo que le dan poca importancia en comparación con las condiciones patológicas, como el cáncer de cuello o la impermeabilidad de las trompas. Y sin embargo, observar nuestros cuerpos y comprender sus ciclos naturales, antes que combatirlos, puede frecuentemente prevenir numerosos problemas y condiciones patológicas.

4.3 Manejando nuestro parto

En el último trimestre del embarazo, el 98% de los bebés se coloca cabeza abajo. Se prepara para salir. Cuando empezamos a sentir las primeras contracciones del trabajo de parto, que una gran cantidad de mujeres percibe como similares a las pequeñas molestias de la menstruación, empieza el bebé el trabajo de nacer (a salir del útero). (Brion, 1995).

Es conveniente que llevemos una especie de bitácora, nos dice Brion, con anotaciones como: el bebé cabeza abajo, adentro de la bolsa de aguas, la bolsa adentro del útero, y el útero metido en la pelvis, y nosotras en estado de gravidez. Todo hacia abajo, hacia la tierra. Nuestro útero, que es un músculo, el miometrio, se contrae de arriba hacia abajo, hacia el cuello del útero, Esto ocurre porque llegó el momento de hacer salir al bebé y tenemos que empujarlo hacia la salida. Si comprendemos que todo el proceso se hace para abajo, y respiramos como sentimos que tenemos que hacerlo, vamos a estar ayudando a nuestro bebé a recuperarse de la falta de oxígeno que le provoca cada contracción. ¿Por

qué falta de oxígeno? Porque en cada contracción del músculo útero, los vasos sanguíneos de la placenta, por la cual le llega todo al feto, también se contraen. En ese minuto aproximadamente que dura la contracción, el bebé se queda sin el oxígeno que le llega a través del cordón umbilical.

Otro factor muy importante es caminar. Al bebé que hace el trabajo de nacer con su madre caminando, la salida le resulta mucho más rápida, y él tiene una ganancia enorme porque está mucho menos expuesto a la hipoxia (falta de oxígeno). Lo más vulnerable que tenemos los seres humanos a la hipoxia es nuestro cerebro, por eso el parto fisiológicamente rápido beneficia considerablemente el cerebro del bebé. Para que el parto salga en condiciones normales, la mujer sólo necesita caminar, así el feto baja y el trabajo de parto es mucho más fácil y rápido, tanto para el bebé como para la mujer. (Brion, 1995. Pág. 40).

Para nacer tenemos que abrir una estrecha salida a través del cuello del útero y de los músculos de la vagina. Esa salida se parece al cuello estrecho y elástico de un "suéter", y el estrujamiento, la expresión -de exprimir-, por la que pasamos todas y todos los que pudimos nacer, es sumamente beneficioso e imposible de ser reemplazado por cualquier masaje humano, porque nos hace expulsar el líquido amniótico que tenemos en los pulmones y las secreciones de la boca y la nariz. Nos prepara para iniciar en condiciones óptimas, nuestra respiración autónoma cuando salimos al exterior en forma inmediata, sin necesidad de maniobras torpes, cruentas, contaminantes e innecesarias, como son las de aspirar instrumentalmente esas secreciones.

Ha llegado la hora de adaptar el nacimiento al domicilio en la sociedad moderna, y en particular a las formas modernas de urbanismo. La primera etapa será la de desembarazarse de la atmósfera de conflicto y culpabilidad hoy indisoluble al nacimiento en casa. Esta es una labor inmensa, que implica un redescubrimiento de la comadrona auténtica, que tiene pocos puntos en común con el "médico de competencia limitada" formado en los hos-

pitales universitarios. Implica también, nuevas relaciones entre los médicos y las comadronas. "¿Se puede imaginar equipos quirúrgicos dispuestos a hacer una cesárea a cualquier hora del día y de la noche, poniéndose al servicio de las comadronas y de las mujeres, y no controlándolas?" (Kitzinger, 1996. Pág. 11).

4.4 Pioneros y pioneras

Frederick Leboyer, médico francés defensor del parto sin violencia, fue el primero en llamar la atención sobre la experiencia del bebé durante el nacimiento y piensa que debemos mirar con ojo crítico, la manera en la que acogemos al bebé en este mundo. Para él, los recién nacidos tienen sentimientos y no se les debería tratar como trozos de carne.

En Europa y en Estados Unidos las mujeres, de nuevo y poco a poco, han empezado a buscar a las parteras o a tener a sus bebés solas en casa con su pareja. Se han empezado a crear casas de nacimiento, con cuartos como el dormitorio en una casa, pero hay también muchas de las cosas que hay en una clínica. En este caso la intervención es menor, pero la sigue habiendo. Esto es un paso intermedio entre el hospital y la casa. En Costa Rica, aunque el movimiento del nacimiento en casa es aun tímido, ya hay un grupo de gente que está preocupada y pensando alternativas.

Para los seguidores y seguidoras de Leboyer, Jophep Pearce y de Michel Odent, como Sheila Kitzinger en Inglaterra, María del Carmen Brion en Argentina, o los doctores Joaquín Jiménez Gamboa, Adam Paer, Uva Mainer en Costa Rica,¹¹ el parto es tan delicado, que cuando se interfiere en éste, se interfiere en la naturaleza y es muy probable que haya muchas cosas que después no van a trabajar armónicamente en el nuevo ser.

V. La educación como llave del cambio

"Bendita seas... Supimos por el aire que has vuelto al mundo de las madres. Bienvenida al grupo de los creadores de la humanidad." El Poder Mágico de las Mujeres.

Una visión maniquea y misógena divide nuestro ser en dos. Hemos visto como las mujeres fuimos perdiendo espacios en el campo de la medicina. De diosas veneradas, diosas de la fertilidad y del parto en los inicios de la cultura, devenimos en sirvientas, damas de compañía, máquinas reproductoras, habitadas por los miedos, las inseguridades y las culpas que una cultura patriarcal y misógena volcó sobre nosotras.

A pesar de toda la opresión y la negación, las nuevas generaciones de mujeres se prueban en todos los dominios del arte y de la ciencia, demostrando una capacidad y un deseo por el conocimiento, por el servicio y por todo lo que les estuvo vedado. Debemos trabajar juntas por un espacio para la humanidad entera, un espacio de amor y de alegría, contrario al símbolo opresivo que ha operado en el presente milenio. Por una sociedad que haga de este mundo un lugar más habitable, menos violento de lo hecho por el patriarcado.

Entre hombres y mujeres, compartiendo todos los saberes y espacios de la vida social, podremos construir una nueva ética, "...una ética de la modernidad (que) no se confunde ya con la moral; si una ética consiste no en evitar la embarazosa e ineludible problemática de la ley, sino en darle cuerpo, lenguaje y goce, entonces su reformulación exige la participación de las mujeres. De las mujeres portadoras del deseo de reproducción (de estabilidad). De las mujeres disponibles para que nuestra especie parlante, que se sabe mortal, pueda soportar la muerte... Una ética herética." (Kristeva, 1987. Pág. 231).

Ahora nos toca la lucha por la reconstrucción de los roles psicológicos y sociales de los hombres y las mujeres. Esa lucha apenas comienza. El sexismo está enraizado en la "guerra contra la madre", la lucha del "ego" trascendente para liberarse de la servidumbre de su relación con la naturaleza.¹² Debemos trabajar con miras hacia un cambio, considerando aspectos importantes como: la relación estrecha entre la salud reproductiva y

la partera, medidas preventivas para no caer en la sustitución de procesos naturales, y parar la agresión a naturaleza para que esta pueda fluir.

Es necesario recuperar nuestra conciencia de mujeres y nuestra femeneidad, el descubrimiento consciente, responsable y gozoso de nuestros cuerpos y nuestra maternidad. Es necesario acercarse a las mujeres, parejas, bebés y profesionales, a un nacimiento y un parto en el que quepan tanto los aspectos técnicos, médicos y fisiológicos, como la ternura, el gozo, el respeto profundo por la vida, propios de ese momento. Es necesario que las mujeres y sus familias, se vayan atreviendo a vivir los primeros momentos de la vida con más confianza y menos miedo. Poder ir prescindiendo del miedo, puede ser uno de los primeros pasos hacia la libertad del ser humano y su plena realización. (Kitzinger, 1996. Pág. 9).

Para lograr esto se requiere definir opciones que estén contempladas en el sistema de la CCSS. Es bien sabido que actualmente en Europa co-existen básicamente, cuatro "modelos" de parto: el hospitalario convencional, impuesto en nuestro país masivamente (98% de los partos son intrahospitalarios); el hospitalario "humanizado", en el que se aplican prácticamente todas las recomendaciones de la OMS; el hospitalario ambulatorio, en el que además la mujer es dada de alta, con su bebé, a las escasas horas del parto; y el parto domiciliario. Todos ellos dentro del sistema sanitario oficial.

Algunos aspectos de lo anteriormente expuesto, pretenden mostrar como se está dando una toma de conciencia de muchas mujeres, de la exclusión de que hemos sido víctimas. En el campo de la medicina y específicamente en los cuidados del parto, las mujeres están volviendo a las fuentes antiguas y despojándose de la maquinaria ideológica y consumista en la que han estado envueltas.

Pero para recuperar nuestra conciencia de mujer, nuestra femeneidad, para redescubrir consciente y responsablemente nuestros cuerpos y nuestra maternidad, necesitamos

un despertar de todas las mujeres y eso sólo se puede lograr por medio de la información y la educación. Ese despertar de lo femenino debe darse a todos los niveles en las generaciones presentes y en las nuevas generaciones. Es algo que debe enfrentarse en la escuela, colegio, universidad, así como en talleres sobre los derechos reproductivos de la mujer. Pero la preparación para el cambio debe darse en hombres y mujeres. También es necesario educar a los hombres.

Notas

1. Es posible que el papiro médico Kahun (ca. 2500 a.C) haya sido escrito para las estudiantes de Sais. Indica que había mujeres especialistas que diagnosticaban embarazos, adivinaban el sexo del niño antes del nacimiento (si la cara de la madre estaba verde, sería un varón), hacían pruebas de esterilidad y trataban los problemas de dismenorrea (menstruación irregular). Había cirujanas que hacían operaciones cesáreas, amputaban senos cancerosos y entablillaban huesos rotos. "Médica" era frecuentemente sinónimo de "sacerdotisa", pues en los primeros documentos quien prescribía la curación era la diosa Isis. Margaret Alic. Pág. 34.
2. En toda la Europa medieval, las mujeres practicaban la medicina y la cirugía con cierta competencia, pero fueron Trotula y las "damas de Salerno" (las *Mulieres salernitanae*), quienes ayudaron a que se produjera el renacimiento médico que marcó el fin de los años de oscurantismo en Europa y un renovado interés por la ciencia de los antiguos griegos. Trotula, de hecho, fue una de las científicas más famosas de la Edad Media. Habló del control natal y tratamiento de infertilidad. La ciencia obstétrica de Trotula era muy avanzada. Volvió a introducir el apoyo perineal durante el trabajo de parto, procedimiento que se había descuidado desde la antigüedad. También fue la primera en describir cómo coser un perineo rasgado después del parto. El famoso tratado de Trotula fue texto normal de las escuelas de medicina hasta el siglo XVI. Alic. Págs. 66, 67, 69.
3. El índice de muerte de parturientas era altísimo, entre las que eran atendidas por médicos y estudiantes de medicina y bastante más baja en las asistidas por parteras. Médicos y estudiantes de medicina salían de hacer necropsias e iban a una sala del hospital a hacer tactos a las parturientas sin lavarse las manos. Las parteras se desempeñaban en otra sala del hospital, y hacían tactos, pero ellas no realizaban necropsias. Brion. Pág. 47. 1995.
4. Lo más preocupante para Klein fue que Semmelweis descubrió que en las mujeres desamparadas que parían solas en las calles de Viena y luego llegaban al hospital, la mortalidad era excepcional. Las mujeres que iban al hospital de Viena, y a otros, sabían que las posibilidades de morir eran altísimas, pero necesitaban dejar a sus bebés, generalmente ilegítimos, en los servicios para niños expósitos que tenían los hospitales. Brion. Pág- 47. 1995.
5. "Una persona que comienza su vida con un nacimiento traumático y doloroso, es más propensa a terminarla con un suicidio violento, dijeron investigadores suecos... Las complicaciones durante el nacimiento, los dolores de parto prolongados, el hecho de que el bebé saque primero los pies al nacer y el uso de fórceps y la succión se asociaron con un aumento del riesgo de suicidios violentos en hombres adultos." Jacobson y Marc Bygdeman. Revista Dominical. La Nación. Domingo 22 de noviembre. 1998. Pág. 22.
6. "No hay *procidencia* de miembros. Este es el nombre que dan los científicos a lo que ellos causan al romper la bolsa con sus tactos vejatorios y que provoca el despegamiento de la cabeza, los brazos y las piernas del bebé y la pérdida del líquido amniótico. Según cualquier libro de obstetricia, rotura de bolsa y procidencia de miembros constituyen una secuencia sin excepciones, que lleva a tener que hacer una extracción fetal con fórceps o, como tantas veces sucede con conspicuos especialistas que no saben usar un fórceps, a realizar una cesárea." "Para romper la bolsa de aguas se hace rasgándola con una uña. Este es el parto llamado 'in toto', es decir, con bolsa íntegra." María del Carmen Brion. Pág. 85,
7. El pueblo judío de la antigüedad, hacía parir a sus mujeres en una silleta, según se cita en escrituras hebreas (Éxodo 1.16). En un grabado que muestra el parto de Cleopatra, se aprecia a la misma de rodillas en compañía de otras mujeres que la auxilian. En la Edad Media, la mujer paría de pie y otras veces sentada en una silla especial, que se siguió utilizando, con algunas modificaciones hasta principios del siglo XX. Haydé Gómez *et al.* 1974.
8. El Reglamento de la Partera (1997), reza: Partera es aquella persona de la comunidad, que después de haber recibido un curso en el establecimiento de salud de la localidad, la institución responsable le extiende un carné que la autoriza a atender únicamente partos normales de emergencia en su localidad en embarazadas que hayan sido evaluadas en la consulta prenatal... Se entenderá por "parto de emergencia" aquel en el

que la madre inicia su labor de parto y no es posible su traslado. El Ministerio de Salud sólo las quiere como agentes de salud.

9. A este respecto, el doctor Juan Carlos Murillo expresa: Dejar a una mujer parir sola, "... es como si dejáramos a un niño de tres años cuidarse solo de una amigdalitis; probablemente se curaría, pero una madre no se aventura a que se le complique." Revista Dominical de La Nación. Pág. 20. 16 de agosto de 1998. Con estas palabras el doctor Murillo demuestra el respeto que siente por las mujeres, al compararlas con niños de tres años.
10. "La histerectomía se ha convertido en la intervención más frecuente en el mundo, mucho más que las hernias y que la extirpación de la vesícula. Incluso se utiliza como método anti-conceptivo, reduciendo a la mujer a una mera condición de objeto... Extirpar los ovarios, por ejemplo, desencadena una menopausia precoz. Si le quitamos a la mujer el útero la convertimos en una enferma itinerante... El ginecólogo ve de una manera parcial y errónea a la mujer. Sólo la examina por causas orgánicas, cuando muchos de sus trastornos ginecológicos son de origen psicológico." Para el doctor Juan Manuel Llorente, un 75% de las histerectomías no tiene razón de ser, con el agravante de que este procedimiento quirúrgico, conduce a fuertes trastornos psicológicos por los desórdenes hormonales que ocasiona. La Nación. Lunes 23 de noviembre de 1998. Pág. 16A.
11. En Costa Rica hay un grupo de mujeres preocupadas por la humanización del parto, entre las que se encuentran: Uba Mainer (comadrona), Nancy Sabian (preparadora para el parto), Miriam Esquivel (enfermera obstetra retirada); Haydée Gómez (enfermera obstetra retirada), Blanca Fallas (enfermera obstetra), Nidia Lobo (enfermera obstetra), Anna Arroba (antropóloga y educadora, cofundadora de la Asociación de Mujeres en Salud).
12. "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia..." Capítulo VII sobre Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.

VI. Referencias bibliográficas

- Alic, Margaret. *El legado de Hipatia*. Bogotá. Siglo XXI Editores. 1991.
- Apffel Marglin, Federica. *Bosque Sagrado: Una mirada a género y desarrollo*. Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas. Lima 11. 1995.
- Aubert, María J. *et al. Las Mujeres y el Poder*. Colección de ensayos. Compilación de Linda Berrón. San José. Editorial Mujeres. 1997.
- Brion, María del Carmen. *El parto de la hembra humana*. Buenos Aires. Editorial Biblos. 1995.
- Budapest, Zsuzsanna. *El Poder Mágico de las Mujeres*. Ediciones Robinbook. Santafé de Bogotá. 1996.
- Ehrenreich, Bárbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras*. Ediciones de les dones. Barcelona. 1988.
- Elshtain, Jean Bethke. *Public Man, Private Woman*. Princeton University Press. New Jersey. 1993.
- Eisenstein, Hester. *Contemporary Feminist Thought*. G.K Hall & Co., Boston. 1984.
- Flax, Jane. *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer. Madrid. 1995.
- Fausto-Sterling, Anne. *Myths of gender: biological theories about women and men*. Harper Collins Publishers. N.Y. 1992.
- French, Marilyn. *La guerra contra las mujeres*. Plaza & Janes Editores, S.A. Barcelona. 1993.

- Greer, Germaine. *The Whole Woman*. Alfred A. Knopf Editor. New York. 1999.
- Gilligan, Carol. *In a different voice*. Harvard University Press. London. 1993.
- Giberti, Eva y Fernández, Ana María. *La mujer y la violencia invisible*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1992.
- Gómez Cascante, Haydeé. *Origen y evolución de los servicios de salud para la mujer costarricense*. Mimeo. San José. 1988.
- _____. *En busca de una posición más fisiológica para el parto*. Mimeo. San José. Mayo de 1974.
- Harding, Sandra. *The Science Question in Feminism*. Cornell University Press. Ithaca and London. 1986.
- Kitzinger, Sheila. *Nacimiento en casa*. Icaria Editorial. Barcelona. 1996.
- Kristeva, Julia. *Historias de Amor*. Siglo XXI Editores. Madrid. 1987.
- Martin, Emily. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press. Boston. 1989.
- Montaño, Sonia. Los derechos reproductivos de la mujer. En: Estudios Básicos de Derechos Humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José. 1996.
- Muñoz Gómez, Laura. *Mujeres: de lo privado a lo público*. Editorial Tecnos, S.A. Madrid. 1999.
- Rich, Adrienne. *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Colección Feminismos. Editorial Cátedra. Madrid. 1996.
- Toffler, Alvin. *El cambio del poder*. Plaza & Janes Editores, S.A. Barcelona. 1990.

Revistas y otros documentos:

- Defensoría de los habitantes de la República. "La esterilización y los derechos humanos". San José. Julio de 1998.
- Mujeres latinoamericanas en cifras: Costa Rica. Editado por el Instituto de la Mujer y FLACSO-Chile. Santiago de Chile. 1994.
- Revista Perfil. Año III, No. 73. "El parto sin temor: un método al alcance de toda mujer." Por: Angela Ulibarri. San José. Setiembre de 1987.
- Glosario de términos sobre género. Editado con la colaboración del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia y RUTA. San José, Costa Rica. s.f.