

Matronas: las que acompañan a las mujeres

Entrevista con Helen Strivens (Ocean Comadronas) y Josune Ibarгойen (Magale)

Adriana Razquin (Universidad de Málaga)

Felipe Aranda (Universidad de Granada)

Entre el verano y el otoño de 2019 entrevistamos a dos matronas activas en la refundación de la forma en la que se desarrolla su propia profesión.

A caballo entre las publicaciones científicas punteras, el rigor de la evidencia científica y las prácticas ancestrales indígenas, estas profesionales forman parte de dos proyectos de humanización en la atención al parto desde una perspectiva feminista. Helen Strivens haciendo parte de Ocean Comadronas¹, un colectivo pionero de matronas que asisten partos naturales en casa, afincadas en Granada; y Josune Ibarгойen de Magale², un espacio que comenzó también con la asistencia de partos en casa y el año pasado ampliaba proyecto con Magale Etxea (Casa Magale) en Donostia.

Hablamos con ellas de la fisiología del parto, de violencia obstétrica, de la lógica patriarcalista en la asistencia sanitaria. De parir en casa y de la lucha de las mujeres por la rehumanización de la asistencia sanitaria a la gestación, parto y postparto. También de sororidad, información, conocimiento y empoderamiento.

Cómo citar

Strivens, H.; Ibarгойen, J. *et al.* 2019. "Matronas: las que acompañan a las mujeres", *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 18: e1803.

¹ www.oceancomadronas.org

² www.magale.eus

Entrevista con Helen Strivens (Ocean Comadronas)

Adriana Razquin (AR): Lo primero que queríamos preguntarte es si en España se pare bien o no.

Helen Strivens (HS): Se pare bien... Las mujeres en todo el mundo paren bien si les dan la oportunidad. Depende mucho de dónde pares, aquí en España, como en todos los países. Porque hay hospitales y hospitales. Hay gente que trabaja de una manera, hay gente que trabaja de otra... En todo caso, en los últimos años España está como uno de los mejores lugares donde parir, en Europa por lo menos.

AR: ¿Por qué? ¿Qué cosas...?

HS: Porque... Bueno, mi perspectiva igual está un poco nublada por lo que experimento aquí en Granada, porque no he trabajado tanto fuera de Andalucía. He trabajado en varios sitios en Andalucía pero llevo ya 10 años aquí, y han cambiado mucho las cosas en 10 años. Pero el hospital que tenemos aquí es un referente de cómo respetar el parto fisiológico. Luego trabajando en los partos en casa también, pues... mi opinión está quizá un poco teñida por mi realidad. Pero cuando hablo con mi gente de Inglaterra... Yo creo que allí, que empezaron muy bien, ahora están trabajando en un contexto de mucho miedo a las denuncias legales, a que alguien te va a denunciar. Un trabajo muy defensivo, que le llamamos. Que están como: —Bueno, pues vamos a poner el monitor continuo por si acaso pasa algo tenemos evidencia de que lo teníamos puesto... Muy rígido y necesitas un margen para que las mujeres puedan parir cada una a su ritmo³.

Así que... ¿puedes parir muy bien aquí en España? Sí, pero depende de quién te acompañe.

AR: Y tener un parto con cesárea (que de hecho no se considera un parto o al menos se diferencia a nivel hospitalario se habla de “parto” o “cesárea”), ¿es un fracaso?

HS: ¿Fracaso de quién?

³ El monitor funciona con unas correas colocadas alrededor de la tripa de la embarazada que registran el latido del corazón. Y lo hace con más precisión cuando la mujer está tumbada. Además, el cableado del aparato obliga a estar a cierta distancia del monitor central; por lo que la necesidad fisiológica de movimiento vertical constante en el trabajo de parto, dilatación y expulsivo se ve altamente constreñida. Por esa misma razón, en un proceso de parto respetado sin complicaciones en un contexto hospitalario, se hacen mediciones puntuales. En los partos en casa, las matronas utilizan un *doppler* fetal de alta resolución portátil.

AR: Del parto, el hecho de no haber parido...

HS: Como trabajamos en la matronería es desde el punto de vista de la normalidad en fisiología, entonces, claro, una cesárea no lo vemos como algo normal. Pero yo creo que fracaso no es. Lo que queremos es facilitar el parto normal. Sobre todo por la recuperación después. Todo lo que se desencadena después de un parto fisiológico...

Tampoco se trata de que todo el mundo tenga un parto natural, pero sí de que cada mujer tenga su parto óptimo. El mejor parto que se pueda tener. Ya sea una cesárea, un parto con epidural o un parto en la casa. Cada mujer tiene que sentirse acompañada y que ella viva el proceso como algo positivo. Pero fracaso... Es que yo creo que vosotras las mujeres lo entendéis así, más que nosotras las profesionales.

AR: Claro... No sé si es un fracaso, pero sí es algo más riesgoso, es como que te tienen que operar. Sin embargo, hablando con amigas, por haber tenido partos "malos" anteriores, con inducción, en los que habían sufrido mucho, querían que les hicieran una cesárea. De hecho, una amiga tuvo una cesárea porque quiso parir con cesárea. Y en Chile (obviamente, la sanidad es mayoritariamente privada) se programan los partos. Vaya, te programan una cesárea.

HS: Sí. Tengo una amiga brasileña, y todas sus primas se han programado una cesárea y se han arreglado de paso la tripa.

AR: Claro, y salen estupendas: "Te voy a evitar el sufrimiento y te hago una cesárea". Y así como en mi concepción tener una cesárea era, bueno, pues algo que está muy bien que suceda, porque así no me muero ni se muere mi bebé, pero es algo que no quiero, para otras mujeres es una opción e incluso como que se vende como...

HS: Depende del sistema sanitario... Y no sé yo... ¿La mujer no debería tener esa opción también?

AR: A hacerse una cesárea.

HS: No sé, yo no tengo la respuesta. Pero yo, como feminista, creo que las mujeres deberían tener la opción de parir como ellas quieran. Ya sea en su casa o con una cesárea programada. Pero es muy importante que estés muy bien informada de la decisión que tomas. Si, aun así, estando bien informada, una mujer decide una cesárea, debemos respetar su decisión. Pero no lo hacemos, ¿no? En el público no te hacen una cesárea programada si no tienes una indicación médica. Te van a decir que no. Y tampoco, no sé, si trabajamos desde el punto de vista paternalista, pues lo suyo es eso, ¿no? Parir es mejor, mejor para ti, mejor para el bebé, aunque psicológica y fisiológicamente sea duro para

ti. La recompensa es muy grande tanto a nivel emocional como físico; no hay duda de que después de un parto fisiológico está demostrado que hay una mejor recuperación física, mayor éxito con la lactancia materna, menor riesgo de depresión postparto, de cólico del lactante, de infección, hemorragias, etc.

AR: Claro. Y si no quieres parir, es muy difícil que puedas parir bien.

HS: Efectivamente, porque eso influye mucho en cómo parimos. Lo hemos visto muchas veces: una mujer que termina con una cesárea urgente porque tenía mucho miedo de parir o un bloqueo o cualquier cosa. Y al final... En el grupo de matronas de parto en casa siempre digo: "las mujeres paren donde tienen que parir, que a veces terminan en su casa, pero a veces no". Pero esa mujer ha ido al hospital por algo.

AR: Quería volver a algo que has comentado antes: el tema de que es importante que las mujeres estemos informadas. ¿Crees que las mujeres estamos bien informadas? En general, incluso, a nivel social. ¿Se sabe lo que es parir? Y lo que significa...

HS: Es que es algo que como sociedad no hablamos mucho. O no hablamos de lo que es realmente. Hablamos de "un día perfecto en tu vida", hablamos del romanticismo del parto; pero la pura realidad es muy desconocida. Muchas de las mujeres hasta que vienen a las clases preparto piensan que parir es "una horita corta", como dicen aquí.

Información hay, si quieres buscar. Pero si buscas por Internet, como todo, hay sitios fiables y sitios que no. Hay muchos sitios donde no vas a encontrar información en condiciones.

AR: Yo he buscado información en Internet y hay muchos espacios de foro, donde hay muy poca mediación y donde, en general, la información es realmente mala.

HS: Efectivamente.

AR: Y, además, me acuerdo de leer a mujeres que estaban en situaciones de mucha angustia.

HS: La gente que suele escribir en los foros y en los blogs son gente que está dolorida de algo (raramente una mujer que ha tenido una buena experiencia va a escribir algo), y es lo que se encuentra. Eso produce mucho terror y susto; una visión muy sesgada de lo que es. Muy sesgada sobre las complicaciones también. Lo que falta hoy en día es aprender desde pequeños cómo es parir. Vivirlo, con nuestras hermanas, con nuestras madres. Como antes. Hace un siglo, a lo mejor, ya habías estado en uno o dos partos, con tu hermana o, incluso, con tu madre; y ahora no.

Además, son experiencias únicas. Porque tampoco tenemos 15 niños, entonces cada parto es mucho más importante que antes. Y, encima, ya no esperamos morir en el parto [risa]. Hace 100 años era: —Da igual cómo voy a parir, quiero sobrevivir al parto. Y ahora tenemos otros estándares. No solo es sobrevivir en condiciones, sino que se aspira a tener una experiencia muy bonita. Y no siempre es así. A veces se tiene una decepción muy grande y existen sentimientos de haber fracasado por no haber tenido un parto tan bonito.

AR: En la lactancia pasa algo parecido...

HS: La lactancia parece poco romántica y poco glamorosa, ¿verdad?

AR: Es muy poco romántica.

HS: Puede ser muy dura comparada con la lactancia artificial. La lactancia artificial lo compartís tú y tu pareja, el niño come un biberón cada tres o cuatro horas, quizás te reclama poco entre toma y toma. Y la lactancia materna es: la teta fuera todo el día. Con el niño pegado a nosotras, algo que no estamos acostumbradas en nuestra cultura y que a veces puede ser agotador; más aún cuando volvemos al trabajo a solo cuatro meses del postparto. Y duermes poco; a veces, no duermes... No tienes mucho *glamour* al final del día, ¿no? Aunque luego ver tu bebé crecer sano, sintiendo el vínculo que se forma, merece la pena.

También hay muchos momentos románticos porque es mágico alimentar una cría con tu propio cuerpo; y genera cierto orgullo verle crecer y desarrollarse gracias a un esfuerzo que hacemos.

Eso no quita que, a veces, las noches sean duras y largas. Porque muchos de los niños que siguen con la lactancia materna pasando los 2 o 3 años siguen sin dormir toda la noche de seguido; incluso pueden reclamarte con más frecuencia por la noche que cuando eran más pequeños. Y los bebés que toman leche artificial están durmiendo toda la noche a los pocos meses... Parece un poco injusto, ¿no? [risa]. La cultura del biberón está muy extendida; lo hizo especialmente hace unas décadas, donde era más común, incluso, que la propia lactancia. Eso ha hecho que hayamos asumido que lo "normal" sea que un bebé duerma toda la noche. Que es "normal" que no se despierte cada dos por tres.

AR: Y luego también hay mujeres que sienten que están fracasando porque no están dando teta...

HS: Es difícil, ¿no? Porque desde el punto de vista sanitario, lo que queremos promover es lo que sea mejor para la salud de tus... de tus... (no quiero decir paciente, porque no sois pacientes) tus mujeres, de tus bebés. Pero inevitablemente hay algunas mujeres que piensan: —Bueno, pues si yo no puedo, he fracasado.

No sé... Personalmente, llevo muchos años, y no sé cómo solucionar este problema. Quiero que las mujeres quieran dar el pecho y quiero que crean en su capacidad de hacerlo.

Al principio del embarazo siempre les pregunto si tienen interés en dar el pecho, y de todas las mujeres que entrevisto, solamente una de cada cien me contesta sí, incondicionalmente. Las respuestas más frecuentes son: —Sí, si puedo; —Sí, si tengo leche; —Sí, por lo menos hasta que me incorpore al trabajo... Hay una predisposición a fracasar; hay mucha presión a tener éxito.

Si una mujer dice que no quiere dar el pecho, o que no quiere parir, yo no voy a criticarla, ni personalmente, ni en voz alta. Lo que no me gusta, como profesional es que no sea sincera conmigo. [Risa] —¡Si no quieres dar el pecho, dímelo! Yo te apoyo.

AR: Ah, hay todo ese peso. No te dicen que no quieren dar el pecho...

HS: Sí. A veces... y con los años, lo vas notando más, hay mujeres que no están cien por cien convencidas de probar. Y al final, no funciona. A veces vienen a mí buscando aprobación.

AR: Para que tú les des la dispensa de: —Vale, no pasa nada.

HS: No pasa nada si le das un biberón. Y eso también es complicado, ¿no? Porque si una mujer no quiere dar el pecho yo voy a apoyarla cien por cien. Hay mucha presión; hay mucha presión social sobre las mujeres para parir bien, para dar el pecho, para ser la súper madre que lo hace todo y, a la vez, recuperar su figura en seis semanas, ser buena amante... Y, ¿qué es esto? Es imposible.

AR: Todo es susceptible de ser juzgado, ¿no? Si das teta, si no la das, si la das demasiado tiempo...

HS: Siempre bajo el juicio de la gente.

AR: Yo creo que es de los temas que he vivido donde la gente más se mete, donde sientes con más fuerza la presión social.

HS: La lactancia y la maternidad.

AR: Claro, la maternidad en general, pero la lactancia es muy visible.

HS: Todo el mundo sabe de la maternidad. Porque muchas mujeres lo han vivido; y cada una desde su punto de vista —pero claro, no se puede imponer a todo el mundo.

Nos formamos como matronas muchos años porque cada parto, cada mujer, cada madre es diferente.

Felipe Aranda (FA): Quería volver sobre la idea de si se pare bien o no, para preguntarte sobre algunas cosas que han ido mejorándose, por lo menos aquí en Andalucía, que es el tema del plan de parto. Porque no siempre ha habido plan de parto, ¿no?

HS: No siempre ha existido y tampoco lo aceptan en todos los lados. Aunque ya a nivel de la Junta de Andalucía es un documento legal⁴, en la práctica hay casos de mujeres que cuentan que no se les respeta.

(AR): A mí me pasó con la ginecóloga que me hizo el ingreso hospitalario cuando fui a dar a luz. No con el resto del personal sanitario, pero sí con ella... ¿Nos podrías contar cómo nace el Plan de Parto?

HS: El plan de parto se originó en Inglaterra en los años 80 y fue una forma de empujar un poco el cambio y la toma de control de las mujeres de sus propios partos. En Inglaterra en los 80 fue como aquí en España en los 90 o 2000: los partos eran muy intervenidos. Era un sistema sanitario muy paternalista donde las mujeres no tenían mucho protagonismo. Lo impulsaron las mujeres reclamando su derecho de participar y ser protagonistas. Y aquí... yo creo que en 2008 comenzó a reconocerlo la Junta de Andalucía.

FA: ¿Y es un grupo de matronas el que lo impulsa?

HS: Algunas matronas informábamos y animábamos las mujeres a hacer planes de parto, pero realmente fue un movimiento iniciado por las propias mujeres, aquí en España con el apoyo del grupo El Parto es Nuestro⁵. Ellas facilitaron una plantilla del plan de parto que se usa hasta hoy y que se puede ver en su página web. Este movimiento fue de las mujeres, no de las matronas. Fueron ellas las que lucharon, igual que en Inglaterra. Fueron los colectivos de mujeres los que empujaron el cambio.

FA: Y vuestro grupo de parto en casa, ¿nace en el mismo momento? ¿Es anterior?

HS: Bueno, esto es en 2004 o 2005, que es cuando yo empecé a trabajar. Me di cuenta de que no quería trabajar de la forma en que trabajaban los hospitales de aquí, para mí era frustrante y poco gratificante.

⁴ El Plan de Parto y Nacimiento es entregado a cada mujer en su primera consulta de embarazo. Puede encontrarse, no obstante, en la página web de la Consejería de Salud y Familias de Junta de Andalucía en diferentes idiomas, ([enlace](#)).

⁵ www.elpartoesnuestro.es

Veía que las matronas tenían muy poca autonomía para llevar un parto sin intervención médica. En Inglaterra todo estaba mucho más regulado, protocolarizado, pero las fronteras entre el trabajo de la matrona en un parto fisiológico sin complicaciones estaban claras. Los ginecólogos no se metían en el trabajo de las matronas y las matronas teníamos claro hasta dónde llegaban nuestras competencias. Por eso, cuando comencé a trabajar aquí, me decepcioné. No podría desarrollar mi trabajo. Ahí conocí a una matrona que me habló de otra colega que estaba con esto del parto en casa y que quería intentar atender partos en casa. Cuando conocí a Blanca [la compañera con la que comenzó a asistir partos en casa] venía con mucho subidón porque había atendido un parto en casa la noche anterior. Era de una amiga suya. Nos pusimos en contacto con otras dos compañeras más, que ya no trabajan con nosotras. Así empezamos el grupo y con este enfoque de trabajo que nos llenaba más. *Ocean Comadronas* ha crecido a lo largo de los años y ahora somos diez matronas.

FA: ¿Cómo fue con la primera mujer que parió con ustedes?

HS: Antes había otro grupo de matronas que atendían partos en casa en Granada; cuando nosotras empezamos ya había un colectivo de mujeres que demandaba parir en casa. Y las mujeres empezaron a conocernos por el boca a boca. Hasta hoy, seguimos sin hacer ningún tipo de publicidad. Solamente tenemos una página web; las mujeres que están interesadas la encuentran. La mayoría de mujeres viene a nosotras porque conocen a alguna que ha parido con nosotras.

FA: A nivel legal, ¿cómo encaja un parto en casa en España?

HS: Aquí en España las matronas están formadas y habilitadas para atender partos en cualquier ámbito y no hay ninguna especificación que diga que hay que parir en un hospital, eso nos da mucho margen. En Inglaterra, por ejemplo, sí está reglado que se tiene que parir con una matrona o un médico; aquí no. Una mujer podría parir sola en su casa si quisiera. Obviamente lo más recomendado es parir con alguien profesional, con formación y preparación; además, específicamente, en partos en casa.

FA: ¿Y en Inglaterra?

HS: En Inglaterra es más complicado para las matronas independientes. Hace unos años subieron el seguro de protección civil tanto que obliga a cobrar unos precios muy altos que lo hacen inviable. En España, por supuesto, tenemos que pagar ese seguro y estar colegiadas, eso ofrece seguridad, pero el seguro es más accesible.

Allí en Inglaterra puedes elegir parir por el sistema público de salud en casa, además de en un hospital o un *Birth Center*, si bien tus opciones acaban dependiendo de los recursos sanitarios de la zona donde vives.

FA: ¿Qué es un *Birth Center*?

HS: Un lugar gestionado por matronas que no tiene médicos presenciales. Suelen ser unidades contiguas a un paritorio dentro de un hospital, aunque también pueden ser independientes, pero siempre cerca de un hospital por si hay que hacer un traslado al complicarse el parto. Es una opción entre parir en casa y parir en un hospital. Estos centros suelen tener un entorno menos "hospitalario", con camas bajitas, colchones, pelotas, bañeras para la inmersión durante el parto. La idea es respetar más la fisiología del parto. Pero el problema presupuestario del sistema sanitario público inglés, hace que cada vez haya menos dinero para estos servicios. Hay casos de mujeres que habiendo decidido parir en casa, el día del parto no hay suficientes matronas disponibles y no les queda otra que acabar atendándose en un hospital.

FA: ¿Es más habitual parir en casa en Inglaterra que en España?

HS: Supongo que sí, siempre se ha ofertado como una opción, bajo ciertos criterios, pero dentro de la cartera de servicios públicos. Allí nos formamos para atender partos en casa.

FA: Está más aceptado...

HS: No sé si está más aceptado. A pesar de ser una opción, solo el 2,2% de las mujeres de Inglaterra parieron en casa en 2015. En los años 60 era un 35%. Fue entonces cuando empezó el gran impulso a la medicalización del parto y el mundo sanitario convenció a la población de que era mejor parir en un hospital. Y es cierto que, gracias a los avances de la medicina y del control del embarazo, ha mejorado significativamente la tasa de mortalidad y morbilidad materno-infantil. Pero parir en casa en el siglo XXI no es lo mismo que parir en casa hace 60 años, precisamente gracias a estos avances médicos. Múltiples estudios han demostrado en los últimos años que, para las mujeres con un embarazo normal y una evolución del parto fisiológico, estando atendidas por profesionales debidamente formadas, un parto en casa tiene menor probabilidad de complicación que uno atendido en el hospital.

FA: Y para alguien que no tiene ni idea de esto, ¿cómo explicarías el sentido que tiene parir en casa?

HS: Nacer es como morir en mi opinión, y es mejor cuando lo hacemos en nuestro entorno. Nacemos de forma fisiológica y mecánica pero también influyen los aspectos psicológicos y emocionales y sobre todo que tenemos que estar seguras y tranquilas. Para algunas mujeres estas condiciones se dan en casa,

para otras en el hospital. Las mujeres tienen que parir donde ellas sientan que están más tranquilas y seguras.

FA: ¿Y los riesgos...?

HS: Para parir en casa primero hay que asegurarse de que todo el proceso está bien y normal. No trabajamos partos en casa con embarazos de riesgo. Además, dentro de los embarazos que atendemos estamos muy atentas a detectar de manera precoz cualquier posible complicación. Estamos preparadas también para actuar de manera urgente. De hecho, uno de nuestros requisitos para atender un parto en casa es que el domicilio esté, como máximo, a 30 minutos de un hospital, por si hubiese que hacer un traslado.

Por otro lado, hay que hablar de que en el hospital también se pueden complicar los partos. A veces, por intervenir provocamos la necesidad de intervenir más y más. Se llama "cascada de intervenciones". Por ejemplo, el caso de una mujer que ingresa al paritorio con poca dilatación y sin haber llegado al parto activo. Es típico episodio de que no hay buena dinámica y no avanza el parto; y se plantea la necesidad de estimular las contracciones con oxitocina, romper la bolsa, poner la epidural, no avanza, no avanza... y terminamos con una intervención tras otra. Hay suerte si puede llegar a parir normal, porque tiene muchas probabilidades de terminar en una cesárea.

En cambio, hemos observado que cuando la mujer se siente acompañada y segura en su casa, cuando respetamos el tiempo que ella necesita, cuando ella es protagonista, cada parto evoluciona al ritmo que necesita. Por supuesto hay riesgos aún en parir, tanto en casa como en un hospital, y la asistencia en la maternidad está centrada en reducir estos riesgos.

Además, hemos observado que la población de mujeres que pare en casa es distinta a la que suele optar por parir en un hospital. Las que lo hacen en casa están muy informadas y motivadas. No tienen miedo de parir y se sienten empoderadas por el proceso de decidir hacerlo y, luego, por hacerlo; muchas veces contra la opinión de su entorno. Eso es realmente lo que marca la diferencia.

FA: Ya para finalizar, ¿quiénes son las mujeres que paren con vosotras?

HS: Cuando empezamos, pensábamos que iban a ser *hippies* y *guiris* [risa], pero hemos tenido mujeres de todos los ámbitos, ¡hasta una ginecóloga! La mayoría son mujeres con estudios universitarios, aunque no son necesariamente familias con muchos recursos económicos; simplemente lo valoran y lo priorizan.

Entrevista con Josune Ibargoyen (Magale)

Felipe Aranda (FA): Quería partir preguntándote una cuestión más general: ¿crees que en España se pare bien?

Josune Ibargoyen (JI): Defíneme parir bien.

FA: Se trae al mundo a las criaturas con dignidad.

JI: Se atiende respetuosamente...

FA: Vamos a decirlo de otra forma, ¿el sistema sanitario español atiende de forma óptima a las parturientas?

JI: Creo que no. En general no, creo que el sistema es súper patriarcal y que en el colectivo médico se tiende a infantilizar a las mujeres. En vez de hacerles dueñas de sus decisiones e informarles sobre las alternativas que tienen o las decisiones que pueden tomar, creo que se tiende a reñirlas o a tomar decisiones por ellas.

FA: O sea, el mayor problema que tú ves en el ámbito sanitario es la falta de libertad que tienen las mujeres...

JI: Para mí sí, aunque a veces no sean conscientes de esa falta de libertad. España es uno de los países donde el parto está más medicalizado de Europa.

FA: ¿Es uno de los motivos por los que hay mujeres que deciden parir en casa?

JI: Es uno de los motivos, pero no es el único.

La mitad de las mujeres que vienen con nosotras es porque deciden parir en casa porque sienten que ahí están mucho más a gusto. Necesitan esa intimidad y lo quieren vivir como un proceso (el parto) muy consciente, muy íntimo y por ello necesitan hacerlo en sus casas. Pero la otra mitad llegan porque están traumatizadas por lo que han vivido anteriormente.

Al final, la mayoría de las mujeres que paren en casa se han informado sobre la fisiología del parto. Para parir y hacerlo de forma fluida una mujer debe liberar oxitocina. La oxitocina es una hormona que va a producir contracciones en el útero, pero es una hormona muy tímida. Entonces, en el momento que una

mujer no se siente a gusto, la oxitocina no va a poder realizar su función correctamente. Hay mujeres que saben que en un hospital no van a conseguir esa sensación de estar a gusto, de estar tranquilas; de verse en un entorno íntimo conociendo al profesional que les vaya a atender. Pero, sobre todo, saben que quieren que les respeten los tiempos. Porque en el hospital hay unos protocolos que son muy estrictos muchas veces y no quieren estar sujetas a esos protocolos. Ya que, aunque en el hospital tú tengas el derecho de autonomía del paciente, no todo el mundo lo conoce. Significa que, aunque a ti te digan que has roto la bolsa hace doce horas: —Le tenemos que poner oxitocina, le tenemos que poner antibióticos... Tienes derecho a decir que no. Pero, aunque digas que no, se va a ejercer una presión. Y estas mujeres tampoco están dispuestas a pasar por esa presión, porque saben que va a ser contraproducente para el parto.

FA: Hablas de que hay información. Que son mujeres que saben sobre cuestiones fisiológicas del parto, que saben que la oxitocina es una hormona tímida, que los protocolos de los hospitales son rígidos. Son personas más informadas...

Jl: Sí, en las estadísticas que nosotras hacemos en Magale, el 95% de las mujeres que atendemos tienen estudios universitarios o niveles de estudios altos y han leído y se han informado muchísimo sobre este tema. No digo que las que paren en el hospital no lo hagan, pero sí que hay un gran porcentaje de mujeres que van al hospital porque es lo que creen que tienen que hacer, porque les ha tocado y no se han informado. En cambio, el 99% de las que paren en casa sí se han informado.

FA: Y se han informado de manera autónoma...

Jl: La mayoría sí. Habrán preguntado a sus matronas del centro de salud; pero, sobre todo, se habrán informado a través de gente que conocen, que ha dado a luz en casa. Y, sobre todo, a través de libros y plataformas como *El Parto es Nuestro*.

FA: ¿Cómo definirías a las mujeres que paren con vosotras? Son mujeres solas, son familias convencionales...

Jl: Te diría que es gente más crítica en general, no solo con sus procesos reproductivos sino con todos los ámbitos de su vida: en la política, con la alimentación. Creo que es gente más crítica.

FA: ¿Qué papel juegan las personas que acompañan a las mujeres embarazadas?

Jl: Hay de todo, muchas veces las parejas son un poco más alternativas, pero otras son convencionales y al principio tienen sus reticencias y las mujeres les tienen que insistir bastante en ir a charlas a informarse, en que lean para que se

les vayan quitando los miedos. Hay algunas parejas que lo consiguen y otras que no. Hay mujeres que, habiendo decidido parir en casa, finalmente no lo hacen porque sus parejas no están de acuerdo y lo hacen en el hospital, y luego nos hemos encontrado con parejas que a los años les ha pasado factura entre ellos.

FA: ¿Cuál dirías que es el rol de una matrona?

Jl: Te diría que es la encargada de cuidar a la mujer durante toda su vida, durante todo su proceso reproductivo. Desde que es una niña y le baja la regla hasta que ya es una mujer adulta o es una anciana y ya no tiene la regla y ha pasado la menopausia. Es, un poco, la encargada de cuidar la salud de la mujer durante toda su vida. Creo que hay mucha falta de matronas.

Las matronas ahora mismo están formadas como enfermeras especializadas en obstetricia y ginecología y se está perdiendo toda esa parte más de partería. La parte más tradicional ligada a las hierbas y a lo espiritual. Eso se está perdiendo. Una matrona no puede ser alguien solo científica, meramente sanitaria: su rol es mucho más holístico. Antiguamente, las parteras se encargaban de los abortos, utilizaban muchas hierbas que es algo que hoy en día no ocurre. Las matronas ahora mismo se dedican a anticonceptivos y sobre todo a la atención del parto, a hacer citologías; pero falta mucho más. Falta cuidar la parte emocional de las mujeres, si han estado inmersas en cualquier proceso de desajuste hormonal...

FA: Se ha perdido la centralidad de las matronas en la vida comunitaria...

Jl: Antes las matronas lo eran porque habían recibido el conocimiento de las madres, de las abuelas; se iban pasando de generación en generación. El conocimiento de las hierbas, de atención del parto... y ahora tienes que pasar unos exámenes, tienes que ir a la universidad, tienes que aprenderte unos protocolos y estamos desaprovechando todos esos conocimientos. A mí me encantaría poder recuperar todo esto y poder formarme con gente que vive todo esto de forma tradicional que no lo haya estudiado en la universidad, que tenga los conocimientos más ancestrales. Voy haciendo lo que puedo porque voy juntándome con una u otra: con parteras mexicanas que me han ido enseñando alguna cosa. Mi objetivo, en un futuro, es seguir por ese camino y recuperarlo; porque lo científico ya está escrito, está ahí.

FA: Y esta deshumanización del rol de las matronas se traduce...

Jl: En desempoderar a las mujeres, en quitarle el poder a las mujeres de parir. En hacerles creer que no son capaces de parir sin la tecnología, sin la medicina y sin la ayuda de los "dioses" médicos.

FA: Eso tiene que ver con la violencia obstétrica y ver esto como una fábrica en que hay que parir a una hora, antes de que se acabe el turno.

Jl: La violencia obstétrica está súper extendida y además está muy normalizada. De hecho, hasta hace muy poco no estaba reconocida como tal; en un artículo de julio de este año [2019] la ONU reconoce la violencia obstétrica como algo institucionalizado y normalizado y que está presente en todos los países⁶. Este documento ha marcado una diferencia, porque hasta ahora muchas mujeres se quejaban por estar sufriendo estas cosas, pero en *petit comité* o a través de plataformas, pero no había un organismo oficial que dijera: está ocurriendo. Aunque hace cuatro años la OMS empezó a hablar un poco sobre este tema, pero oficialmente fue este año [2019] cuando la ONU ya se pronunció.

Porque la violencia obstétrica es toda violencia que es producida por parte del personal sanitario hacia las mujeres durante sus procesos reproductivos, que tienen consecuencias negativas sobre ellas y que puede ser provocada por acción u omisión: el abuso de la medicalización, el hacer de un proceso natural una patología o no informar. La mayoría de mujeres, en algún momento de sus vidas (no tiene por qué ser solo en el parto, también puede ser cuando han ido la primera vez a hacerse una citología), han sentido este tipo de violencia obstétrica: que te hagan un tacto vaginal sin haber pedido consentimiento, que te metan los dedos en la vagina cada dos por tres en un parto... Está recomendado hacerlo como mínimo cada cuatro horas; sin embargo, en muchos hospitales se hacen cada dos horas y ni siquiera te dicen lo que van a hacer: —“Oye, ¿esto cómo va por aquí?”, y te meten los dedos en la vagina para mirar sin tu consentimiento y según los están sacando te los están metiendo. Esto, si no fuese porque está ocurriendo en un hospital, se consideraría una violación, pero como sucede en un hospital y es personal sanitario el que lo está haciendo no se califica como lo que es. Pero sigue siendo una violación.

El problema de todo esto es que está tan normalizado que muchas mujeres no lo van a considerar violencia obstétrica, ni que ha sido un abuso contra ellas. Porque es tan normal que te hagan algo así que ya vas un poco sabiendo que eso va a ocurrir y vas esperándolo y no te lo tomas como algo dañino, como algo que no está bien. Además, son los propios profesionales sanitarios quienes niegan que esto esté ocurriendo. La SEGO, que es la Asociación de Ginecología y Obstetricia, hizo hace un tiempo un comunicado negando que ellos practicasen violencia obstétrica. Y, además, en ese mismo comunicado (¡es que son la ostia!) dibujaban a la mujer como si fuera una bomba de relojería y ellos fueran los dioses salvadores porque decían que el bebé solo (como si la madre no pintase nada), en el difícil camino del parto, tenía que atravesar hasta la vagina y que ellos estaban ahí para asegurarse de que ese bebé sobreviviera. Entonces, si las

⁶ El 11 de julio de 2019 el Secretario General de Naciones Unidas transmitía a los miembros de la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, bajo el título “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”, ([enlace](#)).

organizaciones oficiales están negando que esto ocurra y, además de negarlo, se posicionan de esta forma, mal vamos.

FA: ¿Tú has visto casos?

Jl: Sí. Por supuesto. Desafortunadamente cualquier matrona que haya trabajado en un hospital ha sido testigo de esto. He visto partos instrumentales que no se debían haber instrumentalizado. O, por ejemplo, debes romper cierto número de bolsas antes de colegiarte como matrona y yo he visto decir: —Oye, este parto no avanza (pero a un ritmo que todavía es normal); —Voy a romper esta bolsa porque así me queda una menos que romper. O he visto hacer unos fórceps o episiotomías solo porque el personal necesitaba un número de estas prácticas para titularse. O negar la posibilidad a mujeres de tener un parto natural obligándolas a ponerse la epidural presionando y diciendo que no van a aguantar el dolor. O mintiendo, diciendo que el anestesista se tiene que ir a quirófano y más adelante no podrá ponerla.

FA: ¿A tu centro llegan muchas mujeres víctimas de violencia?

Jl: La mitad más o menos. Han llegado mujeres a las que se les han aplicado intervenciones que no están bien hechas; por ejemplo, el *Kristeller*. Es una maniobra que en otros países está prohibida y que está totalmente desaconsejada por la OMS. Consiste, básicamente, en que cuando el bebé tiene que nacer, una persona se sube entre el esternón y el vientre de la mujer para ayudar a que salga el bebé. Y que puede generar roturas de esternón, costillas, del útero o daños al bebé y se sigue practicando en muchos hospitales. Y eso sí, luego se omite en los informes. Y no se escribe que eso ha ocurrido.

FA: Hay un ocultamiento de estas prácticas.

Jl: Sí.

FA: De un tiempo a esta parte hay más conciencia con esto, la violencia ha dejado de ser un tabú...

Jl: Sí, ha dejado de ser un tabú, pero es que no vamos a avanzar en nada de esto si no reconocemos que esto es algo que está ocurriendo y que no pasa nada porque haya profesionales que hayan ejercido violencia; porque muchas lo hemos hecho en algún momento de nuestra carrera y no puedes quedarte con eso. Hay que reconocerlo y cambiarlo.

FA: ¿Y qué significa para estas mujeres parir con ustedes?

Jl: Primero que no hay un tiempo y eso, para las mujeres, significa coger las riendas de su proceso. Empezar a ser ellas las que decidan y no delegar en otras personas sino ser ellas las encargadas de su proceso y coger la responsabilidad

de todo esto. Al final, en un parto en casa, lo que sucede es que hay que respetar el proceso. Mientras todo esté bien, nosotras [las matronas] nos encargamos de guardar el escenario. De que esté yendo como tenga que ir y de propiciar un ambiente para que sea así. Entonces, mientras la salud de la madre y el bebé estén bien y el proceso siga su curso, aunque sea a otro ritmo del que está preestablecido dentro de los protocolos, pero va avanzando y la familia desea seguir ahí; nosotras no tenemos ningún tiempo. Y por lo que me dicen las mujeres, parir en casa es vivirlo de forma totalmente consiente, en tu entorno, en tu cueva, en tu nido, donde te sientas cómoda y segura, en intimidad para conectar con tu cuerpo, con tu bebé en ese viaje de hormonas. Y todo lo demás es rendirte a ese proceso y que ocurra. Pero lo fundamental es la confianza en ti misma y el proceso, que no necesitas que nadie te haga nada porque eres tú y tu cuerpo y lo vas a hacer. Es un proceso sanador para las mujeres que han sufrido violencia: volver a parir y sentir que lo han hecho ellas solas sin la ayuda de nadie y hacer cosas que pensaban que eran incapaces. Es recuperar un conocimiento que nos habían robado. Es muy revelador. Cuando una mujer pare, como ella ha decidido hacerlo, sin delegar en nadie ningún tipo de responsabilidad, asumiendo todas las consecuencias: esa mujer se empodera. Y la que lo haga no va a empezar de la misma forma la maternidad que una que no lo esté y tenga la autoestima por el suelo. Porque la crianza es muy exigente y una mujer empoderada va a criar niños que van a ser totalmente diferentes y eso hoy día es algo que no interesa. Porque quieren a gente sumisa, que no piense, que no de problemas; y ya está.