



AMA Journal of Ethics®

Abril de 2022, volumen 24, número 4: E326-332

HISTORIA DE LA MEDICINA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

Por qué restaurar el parto como una ceremonia puede promover la equidad sanitaria

Marinah V. Farrell

Resumen

Hasta mediados del siglo XX, los partos para los pueblos indígenas latinx en los Estados Unidos eran una ceremonia ancestral guiada por parteras y curanderas tradicionales (*parteras curanderas*). En la medida que médicos y enfermeros estadounidenses se diferenciaron cada vez más de las parteras tradicionales, las parteras de color en especial fueron menospreciadas y excluidas de ayudar a las mujeres a dar a luz y, por lo tanto, de hacer del parto un punto de apoyo cultural en sus vidas. Como consecuencia, las comunidades de pueblos indígenas latinx fueron separadas cultural y espiritualmente (a través de la marginalización de las *parteras*) de importantes tradiciones de la salud, lo que generó dolor y enfermedad. La reimplementación del parto como ceremonia significa que los bebés pueden nacer (y las comunidades renacer) dentro de una ecología cultural ancestral caracterizada por la seguridad y la recuperación cultural de la curación.

El parto informa algo a lo que los estudiosos llaman medicina tradicional mexicana. Es un paradigma fundacional de regeneración... Una forma de entender el parto como ceremonia es concebir el cuerpo como un contenedor no solo para el espíritu, sino también para los principios de la naturaleza y la vida. Los pueblos nativos llaman a estos principios rectores "leyes naturales."

Patrisia Gonzales¹

Marginalización de las parteras comunitarias

Hasta mediados del siglo XX, los partos para los pueblos indígenas y latinx en los Estados Unidos eran una ceremonia ancestral en la que parteras y curanderas tradicionales (*parteras curanderas*) proporcionaban atención física y espiritual. A pesar de los inmensos desafíos de trabajar como partera en comunidades rurales o pobres, las parteras salvaron vidas y fueron queridas proveedoras de cuidados primarios en las comunidades tradicionales. Las parteras no solo asistían a los partos y brindaban atención prenatal y posparto, sino que también brindaban orientación sobre lactancia materna y remedios curativos para la mayoría de las dolencias reproductivas, trabajaban con médicos de familia u obstetras en casos graves, brindaban asistencia de aborto e incluso eran consultadas por resfriados y lesiones comunes. Además, en muchas comunidades indígenas, a las parteras también se las veía como capaces de curar enfermedades espirituales (y, en consecuencia, fueron perseguidas por inquisidores religiosos en las Américas), quienes contribuían durante rituales comunitarios honrando cambios de la vida, como ser partos, defunciones, la pubertad,

menstruación y menopausia. En México, las parteras todavía son consideradas “las herederas de la doctora prehispánica, quienes hablan por la diosa, las sacerdotisas de la vida, [y] las protectoras de la salud”.¹ En cierto momento, dentro de ciertos sistemas establecidos de atención médica en las Américas (aunque no en los Estados Unidos), las parteras incluso fueron consideradas profesionalmente a la par con los médicos.²

En las décadas de 1930 y 1940, los obstetras estadounidenses se diferenciaron cada vez más de las parteras tradicionales mediante la aprobación de planes de estudio estandarizados en facultades de medicina, credenciales formales para las prácticas y sociedades profesionales con capacidad de autorregulación, todo con un enfoque en la patología del parto “peligroso”.³ Ésta marginalización de los curanderos tradicionales y fundamentales (como ser las *parteras*) ha separado a las comunidades indígenas latinx de su salud cultural y espiritual. La partería indígena se basa en el conocimiento comunitario, espiritual y corporal, y el parto es considerado como una parte **natural** del ciclo de vida, en oposición al modelo de nacimiento propuesto científicamente o médicamente impuesto sobre generaciones de comunidades indígenas.¹

La Partera Curandera

En la década de 1930, aunque se las reconocía legalmente con acreditación en América del Norte, las *parteras* tradicionales trabajaban activamente en las comunidades de bajos recursos de los Estados Unidos. En el condado de San Miguel de Nuevo México, las *parteras* asistieron al 72 % de todos los nacimientos en 1936.⁴ Una partera de la región, Jesusita Aragón, asistió a 12 000 nacimientos en su vida en la región de Las Vegas, Nuevo México, como una de las últimas parteras tradicionales que vivían en Nuevo México.⁵ Sin embargo, a principios del siglo XX, las parteras habían comenzado a ser marginalizadas, ya que los médicos recién profesionalizados, con el apoyo de sus pacientes de clase media y alta, alentaron el parto hospitalario para garantizar la seguridad de la madre y el niño.⁶ Poco a poco, la naturaleza comunitaria e íntima de los partos asistidos por parteras, en los que solo los partos más difíciles eran asistidos por médicos, se medicalizó, fusionando así las prácticas “ordinarias” y “de emergencia”.⁷ Como señala Laurel Ullrich, ésta tendencia “exigía la eliminación o mayor subordinación de los curanderos sociales. Permitir que una mujer continuara practicando la partería o, por extensión, cualquier otra forma de curación independiente, privaba a los médicos hombres de la experiencia que necesitaban y, al mismo tiempo, perpetuaba la noción de que las personas sin educación podían cuidar de manera segura a los enfermos”.⁷

Esta narrativa que convertía a la medicina proveniente de los indígenas en insegura, no científica y antihigiénica significaba que las parteras continuarían cuidando a las familias en comunidades que no estaban siendo atendidas debido a su geografía rural, el racismo o la pobreza. Las parteras tradicionales fueron culpadas por los malos resultados y ya no eran vistas como curanderas, sino como viejas parteras analfabetas de color con prácticas culturales sospechosas.⁸ Las parteras blancas tradicionales que servían a las comunidades pobres (como las parteras de los Apalaches) eran consideradas igualmente desprovistas de educación, pero elegidas como heroínas dignas de apoyo o (si tenían recursos económicos) eran entrenadas como enfermeras obstétricas bajo la atenta mirada del sistema médico.⁹ Los médicos de la época se referían al “problema de las parteras”, de las parteras pobres de color, que necesitaban ser eliminadas o reformadas a través de la enfermería supervisada.¹⁰

Eliminación de las parteras estadounidenses

Entre 1945 y 1965, el número de *parteras* en Nuevo México cayó de 800 a menos de 100, una disminución que fue acelerada por las normativas implementadas por Nuevo

México en 1979 que requerían que las parteras tuvieran educación formal y aprobaran un examen de acreditación escrito.⁴ En los Estados Unidos, cada vez más estados comenzaron a condenar a las parteras o exigir que obtuvieran una acreditación independientemente de su experiencia o años como parteras, y, para muchas *parteras*, la acreditación no era accesible debido a barreras financieras, geográficas, de alfabetización o educativas.¹¹ Incluso en áreas como Puerto Rico, donde se registraron parteras latinas, las parteras desaparecieron por completo en 1970.¹²

Hacia mediados del siglo XX, las diversas formas en que las comunidades latinx e indígenas honraban el nacimiento y la muerte en manos de los curanderos tradicionales, con medicinas y ceremonias tradicionales y renunciando a las intervenciones en un entorno hospitalario, fueron consideradas peligrosas e irresponsables por los legisladores que favorecían a los sistemas de salud medicalizados y con fines de lucro.⁸ Las comunidades de color fueron asimiladas al sistema de salud, pero sus *parteras* fueron reemplazadas por enfermeras obstétricas. Las mujeres daban a luz en hospitales que no reflejaban ni sus costumbres culturales ni a los miembros de su comunidad, y a menudo están lejos de casa. Como resultado, se negó a personas de color y bajos recursos su cultura de salud compartida con *parteras* y durante décadas enfrentaron maltratos en el hospital, separación de la comunidad e intervenciones médicas, como la esterilización, realizadas sin consentimiento.^{13,14}

Ésta eliminación cultural y social de la partería fue acompañada por la **medicalización del parto** de parte de hombres blancos que veían a los cuerpos de las mujeres embarazadas de color como “cosas que deben ser reguladas... porque inconscientemente permiten la perpetuación de jerarquías y estructuras de raza, género y clase”.⁸ Además, como señala Danielle Thompson:

La beca y los datos... nos muestran que éstos estereotipos han tenido efectos sorprendentes, estadísticamente significativos y sistemáticos en mujeres embarazadas y madres de color... En paralelo, un mayor control de las mujeres de color embarazadas y en edad reproductiva se entrelazó directamente con la regulación de la partería mediante el uso de medidas aparentemente científicas y socialmente necesarias, como las leyes contra el mestizaje basadas en la eugenesia, así como las leyes de notificación de nacimientos.⁸

Mientras eran consideradas tratantes inferiores y sin educación, las *parteras* que continuaron practicando carecían del apoyo de los sistemas locales de atención médica. El reconocimiento legal podría haber ayudado a las parteras y sus pacientes a generar oportunidades de educación formal y los recursos financieros necesarios para contrarrestar la mortalidad materna y neonatal, particularmente en las comunidades indígenas y afrodescendientes, y especialmente en las comunidades sin médicos ni centros de salud.¹¹ En México, los médicos y funcionarios locales utilizaron a las parteras como chivos expiatorios de los malos resultados.¹⁵

Hubo un quiebre que subsiste en torno a cómo la comunidad latinx atiende el parto y el puerperio. Irónicamente, a medida que la comunidad latinx se acultura, su propensión a la buena salud disminuye a pesar de existir un mayor uso de la atención médica en un proceso conocido como la paradoja hispana.¹⁶ Algunos de los impactos negativos más significativos de la aculturación en los EE. UU. pueden verse en la salud reproductiva y del recién nacido. Estudios demuestran que cuanto más aculturación sufren los pueblos latinx, sus tasas de mortalidad infantil, bajo peso al nacer y prematuridad aumentan significativamente, y es más probable que tengan comportamientos poco saludables antes y después del parto, lo cual incluye una disminución en la lactancia materna.¹⁶

Restauración de las prácticas curativas culturales

Desde que las Américas establecieron modelos europeos de atención médica institucionalizada centrados en los hombres, ha habido poco éxito en honrar las raíces tradicionales de la curación latinx a nivel sistémico. Según Mitchell Kaplan y Antonio Zavaleta: “La importancia de las creencias culturales latinas en la atención médica y nuestra incapacidad para comprenderlas por completo o incorporarlas en el entorno clínico, así como nuestra falta general de atención a la cultura, ha afectado en gran medida nuestra capacidad de brindar una atención médica adecuada a la población latina en los Estados Unidos”.¹⁷ Dentro del actual sistema hospitalario estadounidense, las tradiciones latinx más sagradas relacionadas con la reproducción, el parto y el cuidado crítico y amoroso de los padres y los recién nacidos son generalmente inexistentes, particularmente para las familias de inmigrantes que se encuentran separadas entre sí y de sus tradiciones culturales y ceremoniales de apoyo por la frontera. las políticas y realidades económicas.

Aunque los colonizadores y las instituciones eliminaron la tradición del parto comunitario, el cual se encuentra ausente de los recuerdos recientes de nuestros ancianos, las formas ceremoniales en torno al parto pueden ser retejidas. Patrisia Gonzales describe a la *promotora-investigadora*, donde la validación del conocimiento curativo es integral o “celular” para los pueblos mixtecos e indígenas, incluso con ésta desconexión forzada de las ceremonias de parto.¹ Es posible encontrar una cultura de la curación instintivamente independientemente de la geografía de la diáspora latinx e independientemente de si uno se encuentra desplazado como inmigrante en otro país o está arraigado en su aldea ancestral: “a través de historias, símbolos, actos y sucesos, las personas crean formas de enmarcar su conocimiento y afirmar sus formas de ser y conocer. Ayudan a crear el 'paisaje terapéutico' y el poder evocador del lugar sobre la salud”.¹ La curación celular se nos presenta cuando recordamos las *medicinas* de nuestra *abuelita* o cuando nos sentamos junto a una gobernadora tras una lluvia del desierto. La ceremonia se encuentra en tomar un té de manzanilla para sentirse mejor o un baño en el que la matriarca lava las enfermedades espirituales por el desagüe y una partera entierra la placenta en lo profundo de la tierra sagrada para proteger de por vida al bebé y conectarlo con la tierra.

Otra forma de recrear el parto ceremonial es a través del conocimiento codificado, que abarca las silenciosas ceremonias de curación de las comunidades como forma de sobrevivencia y está incorporado en los símbolos y códigos. Éste conocimiento codificado ha sobrevivido en gran medida porque las mujeres curanderas y sus antepasados han guardado el conocimiento para las futuras generaciones.¹⁸ Llevamos la curación sagrada dentro a medida que cruzamos las fronteras, soportamos la pobreza y la discriminación, y el machismo y una atención médica inaccesible ponen en peligro la vida de nuestras madres y recién nacidos. Tal vez ésta resistencia ancestral contribuye a otra paradoja hispana, por la cual los pueblos latinx de los Estados Unidos tienen una esperanza de vida promedio más larga que los blancos no hispanos.¹⁸

El conocimiento codificado de las comunidades latinx e indígenas es genéticamente inaccesible para los investigadores externos y los mineros de datos cuya investigación a menudo produce una farsa mítica, datos incompletos o la narrativa académica de un extraño incapaz de centrar las epistemologías latinx. Existe una verdadera necesidad de descolonizar la investigación, de forma tal de poder desafiar seriamente la suposición subyacente de que los métodos médicos convencionales son objetivos.¹⁹

Una comunidad, todas sus relaciones y formas de vida, pueden fragmentarse cuando los curadores fundamentales son considerados irrelevantes. No fue hace tanto tiempo

que las *parteras* y otros pueblos médicos eran considerados dotados por el Creador, conectando a aquellos en la comunidad con la curación de sus antepasados, con su ecosistema, con sus alimentos tradicionales y con ellos mismos. Si imaginamos el regreso del parto como ceremonia, como la base de nuestras formas de curación ancestrales, los bebés nacerían en un ecosistema de seguridad cultural. Aunque tanta historia precolonial en torno al parto haya sido borrada, olvidada y destruida por los colonizadores, creo que los antepasados susurran: “Nuestra cultura nos cura”.

Renacimiento re-indígena en las Américas

Existe un resurgimiento del trabajo de parto tradicional fundamental en todo el continente americano, y muchos trabajadores obstétricos tradicionales desean que se respete la integración de la medicina ancestral dentro de su acreditación profesional. En Canadá, las leyes de partería han comenzado a incluir un alcance ampliado de práctica para las parteras de las Naciones Originarias en ese país,²⁰ las cuales nos han inspirado a algunos en los Estados Unidos a considerar en qué normativas innovadoras se puede trabajar para las parteras que atienden a las comunidades indígenas. Las causas fundamentales de la mortalidad materna son a menudo la falta de acceso a la atención y a los cuidadores basada en la comprensión cultural, así como la falta de profesionales de la salud reproductiva en general en los Estados Unidos. El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, “El estado de las matronas en el mundo 2021”, deja en claro que, dándoles la infraestructura de apoyo, las parteras son la solución para contrarrestar las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna en las comunidades de afrodescendientes, indígenas y personas de color (BIPOC, por sus siglas en inglés).²¹

La revitalización del parto como ceremonia es una forma de recuperar la humanidad de la propia indigeneidad, la conexión que nosotros como pueblos latinx tenemos con el mundo natural y con la salud comunitaria. A medida que las comunidades latinx se “desceremonializaron”, se fueron separando de la cultura, del parentesco, la ceremonia, la historia, la narrativa, el arte, la música y los medios de educación.²² En las últimas dos décadas, las organizaciones dirigidas por BIPOC con un enfoque en la justicia reproductiva, la soberanía de los datos y la reivindicación de la salud como un derecho humano han estado creciendo en número. Muchos se encuentran trabajando exclusivamente en políticas para proporcionarles el acceso a parteras de comunidades indígenas mediante la apertura de centros de parto dirigidos por indígenas y prácticas de partería, la creación de programas de acreditación basados en la comunidad y oportunidades educativas para estudiantes indígenas, y el apoyo a los médicos que desean utilizar la medicina tradicional y la ceremonia en hospitales o entornos de atención médica.^{23,24,25,26,27,28,28,30,31} En el momento que obtuve mi acreditación en 2003 era la única partera indígena en mi estado (de hecho, era la única partera de color), y hoy soy parte de muchas coaliciones y grupos bien financiados dedicados a la curación indígena para la salud reproductiva en todos los Estados Unidos. Devolver la ceremonia al parto es el proceso radical de rehumanización y conexión con lo divino. También es una reinención radical de cómo se verían los sistemas culturales soberanos de atención de la salud reproductiva y la recopilación de datos cuando son creados por y para las comunidades indígenas. L. T. Smith escribe:

Hay un punto en la política de la descolonización donde los saltos de imaginación son capaces de conectar las piezas dispares y fragmentadas de un rompecabezas, las que tienen diferentes matices, diferentes formas y diferentes imágenes dentro de ellas, y decir que “estas piezas tienen que estar juntas”. La imaginación nos permite luchar por metas que trascienden las realidades materiales y empíricas. Para los pueblos colonizados esto es importante porque el ciclo del colonialismo es sólo eso, un ciclo sin punto final, sin emancipación. Lo material nos ubica dentro de un mundo de tendencias deshumanizantes, uno que se refleja constantemente en nosotros. Imaginar un mundo diferente es imaginarnos como un pueblo

diferente en el mundo. Imaginar es creer en diferentes posibilidades, las cuales nosotros podemos crear. La descolonización debe ofrecer un lenguaje de posibilidades, una forma de escapar del colonialismo.¹⁹

References

1. Gonzales P. *Red Medicine: Traditional Indigenous Rites of Birthing and Healing*. University of Arizona Press; 2012.
2. Faget M, Capasso A. Midwifery in Mexico. *Management Sciences for Health*; 2017. Accessed December 2, 2021. https://msh.org/wp-content/uploads/2017/06/midwifery_in_mexico_english.pdf
3. Leavitt JW. *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950*. Oxford University Press; 1986.
4. Ortiz FM. History of midwifery in New Mexico: partnership between curandera-parteras and the New Mexico Department of Health. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50(5):411-417.
5. Buss F. *La Partera, Story of a Midwife*. University of Michigan Press; 2001.
6. Tovino SA. American midwifery litigation and state legislative preferences for physician-controlled childbirth. *Cardozo Womens Law J*. 2004;11:61-106.
7. Ulrich L. *A Midwife's Tale: The Life of Martha Ballard, 1785-1812*. Doubleday; 1990.
8. Thompson D. Midwives and pregnant women of color: why we need to understand intersectional changes in midwifery to reclaim home birth. *Columbia J Race Law*. 2016;6(1):27-46.
9. Harris H. *Constructing Colonialism: Medicine, Technology, and the Frontier Nursing Service*. Master's thesis. Virginia Polytechnic Institute and State University; 1995. https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/43009/LD5655.V855_1995.H377.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Bowdoin J. The midwife problem. *J Am Med Assoc*. 1928;91(7):460-462.
11. Varney H, Thompson JB. *A History of Midwifery in the United States: The Midwife Said Fear Not*. Springer Publishing; 2016.
12. Cordova IM. *Transitioning: The History of Childbirth in Puerto Rico, 1948-1990s*. Doctoral thesis. University of Michigan; 2008.
13. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, McLemore M, Cadena M, Nethery E, Rushton E, Schummers L, Declercq E; GVM-US Steering Council. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16(1):77.
14. Reichel C. Forced sterilization in California targeted at Latina women. *Journalist's Resource*. April 27, 2018. Accessed December 2, 2021. <https://journalistsresource.org/studies/society/race-society/eugenic-sterilization-california-latina/>
15. Vega RA. How natural birth became inaccessible to the poor. *Sapiens*. April 6, 2018. Accessed December 2, 2021. <https://www.sapiens.org/biology/indigenous-midwives-mexico/>
16. Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, Morales LS, Bautista DE. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annu Rev Public Health*. 2005;26(1):367-397.
17. Kaplan MA, Zaaleta A. Cultural competency the key to Latino health policy: a commentary. *J Hisp Policy*. March 23, 2017. Accessed December 2, 2021. <https://hjhp.hkspublications.org/2017/03/23/cultural-competency-the-key-to-latino-health-policy-a-commentary/>
18. Gonzalez de Gispert, J. Hispanic paradox: why immigrants have a high life expectancy. *BBC*. May 29, 2015. Accessed December 2, 2021. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-32910129>
19. Smith LT. *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. Zed Books Ltd; 1999.

20. Reconciliation, regulation, and risk. National Aboriginal Council of Midwives. Accessed December 2, 2021. <https://indigenoumidwifery.ca/reconciliation-regulation-risk/>
21. Bar-Zeev S, de Bernis L, Boyce M, et al. *The State of the World's Midwifery, 2021*. UNFPA; International Confederation of Midwives; World Health Organization; 2021. Accessed February 18, 2022. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf
22. Rodríguez R. *Our Sacred Maiz Is Our Mother: Indigeneity and Belonging in the Americas*. University of Arizona Press; 2014.
23. National Latina Institute for Reproductive Justice. Accessed December 2, 2021. <https://www.latinainstitute.org/>
24. Birth Center Equity. Accessed December 2, 2021. <https://birthcenterequity.org/>
25. Phoenix Allies for Community Health. Accessed December 2, 2021. <https://azpach.org/>
26. Parteras de Maiz. Accessed December 2, 2021. <http://parterasdemaiz.com/index.html>
27. Phoenix Midwife. Accessed December 2, 2021. <https://www.phoenixmidwife.com/>
28. Elephant Circle. Accessed December 2, 2021. <https://www.elephantcircle.net/>
29. Breath of My Heart Birthplace. Accessed December 2, 2021. <https://breathofmyheart.org/>
30. Center for Indigenous Midwifery. Accessed December 2, 2021. <https://www.indigenous-midwifery.org/>
31. Birth Place Labs. Accessed December 2, 2021. <https://www.birthplacelab.org/>

Marinah V. Farrell tiene una práctica de partería de larga data y sin fines de lucro en Arizona, es miembro de la junta directiva del Instituto Nacional de Latinas para la Justicia Reproductiva y asesora a Birth Detroit y Birth Center Equity. Su experiencia incluye el activismo de inmigración, trabajo de políticas nacionales e internacionales, desarrollo organizacional en los Estados Unidos y México y trabajo como médica a nivel de calle, directora ejecutiva de un centro de políticas y parto en casa dirigido por indios americanos, ex presidenta de una asociación nacional de partería, miembro fundadora de la junta directiva de una clínica gratuita para inmigrantes y educadora de partería.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(4):E326-332.

DOI

10.1001/amajethics.2022.326.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.