

# Vínculos

Sociología, análisis y opinión

Año 2 ■ Núm. 4, septiembre-febrero 2021

## PATOLOGÍAS SOCIALES DE LA PANDEMIA

Revista semestral del Departamento de Sociología / División de Estudios Políticos y Sociales  
Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

**Universidad de Guadalajara**

**UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA** Dr. Ricardo Villanueva Lomelí, RECTOR GENERAL; Dr. Héctor Raúl Solís Gadea, VICERECTOR EJECUTIVO; Mtro. Guillermo Arturo Gómez Mata, SECRETARIO GENERAL. **CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES** Dr. Juan Manuel Durán Juárez, RECTOR; Mtra. Ana María de la O Castellanos Pinzón, SECRETARIA ACADÉMICA; Lic. María del Rosario Ortiz Hernández, JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO EDITORIAL. **DIVISIÓN DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES** Mtra. Sofía Limón Torres, DIRECTORA. **DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA** Dr. Jorge Ramírez Plascencia, JEFE DE DEPARTAMENTO.

**Vínculos. Sociología, análisis y opinión**, Año 2, Núm. 4, septiembre-febrero 2022, es una publicación semestral editada por la Universidad de Guadalajara, a través del Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Av. José Parres Arias, 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México. Teléfono: 333819-3300, ext. 23354. Correo electrónico: [revistavinculos@hotmail.com](mailto:revistavinculos@hotmail.com).

Editor responsable: Jaime Torres Guillén. Reserva de derechos al uso exclusivo 04-2012-042610503700-102, ISSN: en trámite por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del CUCSH, con domicilio en Av. José Parres Arias, 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México, Dr. Jaime Torres Guillén.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad de Guadalajara.

**Vínculos. Sociología, análisis y opinión** está incluida en los catálogos de revistas Latindex y LatinRev.

latindex



<b>Director</b>	Jaime Torres Guillén
<b>Editor</b>	Luis Rodolfo Morán Quiroz
<b>Comité Editorial</b>	Alejandra Guillén González Héctor Raúl Solís Gadea Jorge Ramírez Plascencia Andrea Celeste Razón Gutiérrez Rafael Sandoval Álvarez Carlos Rafael Hernández Vargas
<b>Asistente de dirección</b>	Nidia Verónica Covarrubias Sánchez
<b>Secretario técnico y Soporte plataforma web</b>	Francisco Tapia Velázquez

### **Consejo Editorial**

Jorge Alonso, CIESAS-Occidente, México; Laura Patricia Romero Miranda, Universidad de Guadalajara, México; María Eugenia de la O Martínez, CIESAS-Occidente, México; Luisa Martínez-García, Universidad Autónoma de Barcelona, España; Rosa Herminia Yáñez Rosales, Universidad de Guadalajara, México; Nicté Fabiola Escárzaga, UAM-Xochimilco, México; Felipe Gaytán Alcalá, Universidad La Salle, México; Carlos Rafael Rea Rodríguez, Universidad Autónoma de Nayarit, México; José Rubén Orantes García, UNAM-Chiapas, México; Jorge Ramírez Plascencia, Universidad de Guadalajara, México; Eugenia Bayona Scat, Universidad de Valencia, España; Mariana Passarello, Universidad del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; Antonio Luzón, Universidad de Granada, España; Dra. Elvia Vega Llamas, Universidad de Guadalajara, México; José Juan Sainz Luna, Universidad Iberoamericana, México; Guillermo Castillo Ramírez, UNAM, México; Liliana Cordero Marines, UNAM, México; Jorge Alberto Trujillo Bretón, Universidad de Guadalajara, México; Silvia Carina Valiente Bertello, Conicet CIT Catamarca, Universidad de Catamarca, Argentina; Horacio Antunes de Sant'Ana Júnior, Universidad Federal do Maranhao, Brasil; Iván Franco, INAH, México; Patricia Fortuny Loret de Mola, CIESAS-Peninsular, México.

Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del CUCSH, UdeG. Av. José Parres Arias núm. 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México. Teléfono: 3819-3300, Ext. 23354.

La revista **Vínculos. Sociología, análisis y opinión** puede leerse en internet:

<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/vinculos/index.htm>  
<http://www.vinculossociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO>

# EL EJERCICIO DE PARTERÍA EN EL CONTEXTO PANDÉMICO POR SARS-COV-2. ENTREVISTA A HANNAH BORBOLETA

Recibido: 30/06/2021

Aceptado: 16/08/2021

MARÍA RENÉE ACEVES VALENCIA<sup>1</sup>

## Resumen

La propagación del virus SARS-Cov-2 ha implicado un cambio en el modo en que las mujeres gestan y paren. Esto incita a la reflexión sobre las formas de pensamiento y práctica vigentes que sostienen a la ginecobstetricia y en torno a la manera en que se han dispuesto los servicios de salud públicos y privados. Hannah Borboleta es partera feminista en la Ciudad de México, se trasladó desde las Ciencias Sociales hacia la partería y *Morada Violeta* es su proyecto colectivo más reciente. Borboleta o Parteraenbici, como ha decidido autodenominarse en redes sociales, concedió una entrevista que fue finalmente llevada a cabo el 31 de mayo de 2021 a través de la videotelefonía.

---

<sup>1</sup> María Renée Aceves Valencia (Guadalajara, 1999), egresada de la Licenciatura en Sociología, es becaria del Subprograma BCTMI del CIESAS. Contribuye en la coordinación del Seminario Permanente impulsado por el Área Territorios en guerra del Instituto de Investigaciones Sociológicas (CUCSH).



No sólo ofrece respuestas, sino que celebra la formulación de nuevas interrogantes en torno a esta problemática.

*Palabras clave:* Partería, sistema de salud, Sars-Cov-2.

## MIDWIFERY IN THE CONTEXT OF SARS-COV-2 PANDEMIC

### **Abstract**

The spread of Sars-Cov-2 has led to a change in the way women experience their pregnancies and in the way they give birth. This, among other things, encourages reflection on the current forms of thought and practice that support obstetric gynecology. Hannah Borboleta, a feminist midwife in Mexico City, moved from Social Sciences to midwifery. Morada Violeta, a collective that consolidates its efforts on the construction and sharing of knowledge, the politization of self-care and the defense of women's autonomy, is her most recent ensembled project. Parteraenbici, as Hannah has chosen to name herself on social networks, granted an interview that was finally carried out on May 31, 2021, via videotelephony. She answers, but also celebrates the creation of new questions about this theme.

*Keywords:* Midwife, Health System, Sars-Cov-2.

### **Introducción**

La habitación a media luz, una mujer sentada sobre el taburete acaba de parir. Sostiene a su cría y le mira atenta. Alguien más hace lo mismo con ella. La habitación a media luz, una mujer sentada frente al taburete acompaña un parto. Sostiene a la parturienta y le mira atenta. Esta fotografía se parece muy poco a la segunda. La habitación iluminada, una mujer recostada sobre la camilla es intervenida. Sostiene con manos pinchadas sus piernas abiertas al tiempo que seis médicos miran atentos, pero no a ella. Miran atentos a otro más que introduce sus dedos por quién sabe qué vez dentro de su vagina. No es sólo que el parecido entre ambas fotografías sea poco, es que constituyen una oposición.

“Nos tenemos que preguntar seriamente cómo hacer para que las burbujas donde la atención está centrada en las mujeres y sus procesos fisiológicos se hagan costumbre”<sup>2</sup>. Este enunciado acompaña a la segunda fotografía y conforma la serie de reflexiones que *Parteraenbici*<sup>3</sup> incluye en sus redes sociales como parte de un proyecto de divulgación. La labor de partería, en función de su continuidad, necesita de un ejercicio de pensamiento ininterrumpido. Uno que indague en torno a su devenir y que permita esclarecer las relaciones históricas que le condicionan y configuran. *Parteraenbici* ofrece ideas muy valiosas en esta dirección.

Hay un nombre: Hannah Borboleta; hay también un punto de encuentro clave entre su ocupación y su medio de transporte. Obligar el cruce entre la partería y el ciclismo para componer su insignia no podría no ser obra de la premeditación. Un par de ruedas pisa con fuerza las calles de una ciudad de estruendo y urgencia. Van o vienen de un espacio en el que no debería primar sino lo contrario, el sosiego. Hannah, partera feminista en la Ciudad de México, se trasladó desde las Ciencias Sociales hacia la partería. Luego de estudiar la Licenciatura en Sociología decidió formarse como partera y comprometerse con el acompañamiento a otras mujeres en sus procesos de salud sexual y reproductiva. *Morada Violeta*<sup>4</sup> es su proyecto colectivo más reciente. Se trata de una casa de partería situada en esa misma Ciudad. Esta colectiva feminista centra sus esfuerzos en la construcción y compartición de saberes, la politización del autocuidado y la defensa de la autonomía de las mujeres. Hannah Borboleta comparte oficio, espacio, sentido y perspectiva con Sandra Rivas, Kay Cisneros y Greta Rico. La necesidad de crear un lugar seguro por y para nosotras opuesto y en sustitución de la atención clínica ha derivado allí. *Morada Violeta*, además de brindar cuidado a las mujeres y sus procesos fisiológicos (así como a ciertas patologías frecuentes y poco riesgosas) figura una opción para quienes desean ejercer esta labor. Luchar

---

2 BORBOLETA, Hannah (2018). “La violencia es real”. En *Parteraenbici*. Sitio web de salud y bienestar. Disponible en [https://www.instagram.com/p/BpHqxyj1\\_Yr/?utm\\_source=ig\\_web\\_copy\\_link](https://www.instagram.com/p/BpHqxyj1_Yr/?utm_source=ig_web_copy_link)

3 Seudónimo que Hannah Borboleta utiliza en su quehacer parteril y como promotora crítica en redes sociales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la lactancia, la crianza y el propio ejercicio de partería, entre otros tópicos. Tanto en su blog como en sus cuentas en Instagram, Twitter y Facebook comparte información al respecto.

4 <https://www.moradavioleta.org/>

por que todas podamos encontrar en nuestros vecindarios una partera que nos acoja implica luchar por componer estrategias de aprendizaje y formación en partería no escolarizadas e institucionalizadas. El desplazamiento del embarazo y parto desde el espacio privado (donde habían sido asistidos por mujeres) hacia el espacio hospitalario (donde son intervenidos por profesionales de la salud) no es un evento azaroso, sino consecuencia de una transición sociohistórica, de una alternancia paradigmática y una racionalidad naciente impuesta.

Los fallos, omisiones y atropellos cometidos por los profesionales de la salud han estado siempre en la mira de las parteras. Sin embargo, el contexto pandémico actual por el virus SARS-Cov-2 ha exacerbado tales condiciones, ha añadido nuevos elementos al panorama y posiblemente marcará la pauta para la elaboración de lecturas inéditas sobre el fenómeno. La propagación del virus ha implicado un cambio en el modo en que las mujeres viven su gestación, experimentan el nacimiento de sus hijas/hijos y transitan su posparto y maternidad. Los estados de tensión, incertidumbre y amenaza que trae consigo la catástrofe pandémica han incidido sobre dichos procesos. Asimismo, la declaratoria de emergencia sanitaria por Covid-19 expedida en México hacia finales de marzo del año pasado condujo el reajuste de los itinerarios clínicos. Una de sus consecuencias más evidentes es el incremento de intervenciones quirúrgicas anticipadas e innecesarias en mujeres con embarazos sanos<sup>5</sup>. Esta situación es denunciada y alimenta la crítica en torno al funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados. Pero no para aquí, también ha obligado una reflexión profunda sobre las formas de pensamiento y práctica vigentes que sostienen a la ginecobstetricia. La biomedicina, como entramado ontológico y epistemológico (más allá de las meras averías de los sistemas sanitarios estatales) está siendo escudriñada con el fin de armar las piezas del rompecabezas histórico del que habíamos sido excluidas las mujeres.

Hannah Borboleta concedió una entrevista que, esforzándose por darle acomodo dentro de su agenda estrecha, fue llevada a cabo el

---

5 Véase: ARTETA, Itxaro (2020). “Más cesáreas que partos naturales en México. Por la pandemia, el Sector Salud deja a las mujeres sin opción”. En *Animal Político*, 21 de octubre, México. o CARIBONI, Diana, Lydiette Carrión y Daniela Read (2020). “Mujeres de América Latina bajo presión para aceptar cesáreas durante pandemia”. En *Pie de Página*, 16 de julio.

31 de mayo de 2021 a través de la videotelefonía. El virus y la distancia geográfica exigieron la conexión remota. Ella, desde la ciudad capital, respondió una serie de preguntas que buscan controvertir los servicios de salud brindados (o negados) a las mujeres gestantes, parturientas o puerperas a lo largo de la pandemia en México, hurgar en los elementos subyacentes a la ginecoobstetricia e identificar los desafíos con los que históricamente se han enfrentado las parteras. Volteemos la mirada hacia donde la han fijado las mujeres cuidadoras de la salud, tanto las que nos antecedieron como las que nos son contemporáneas. Hannah ofrece respuestas, pero sobre todo celebra la formulación de nuevas interrogantes.

## Desarrollo de la entrevista

**María Renée:** *¿En qué consiste la labor de una partera?*

**Hannah Borboleta:** Las parteras somos las profesionales de la salud que acompañan los procesos fisiológicos (es decir, en su mayoría procesos saludables) de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Nosotras podemos acompañar desde la primera menstruación, el embarazo, parto, posparto, lactancia, menopausia. Podemos llevar a cabo pruebas para la detección de enfermedades de transmisión sexual, realizar citologías cervicales, poner y quitar anticonceptivos. También acompañamos a las mujeres en algunas cuestiones que no son fisiológicas sino patológicas, siempre que estas sean patologías de primer nivel como infecciones vaginales, desequilibrios menstruales, miomas u ovario poliquístico. La Confederación Internacional de Parteras determina que nosotras también debemos saber vaciar el útero (principalmente para poder atender emergencias como las hemorragias) y, contemplando la legislación nacional, saber practicar abortos.

**María Renée:** *¿Existen distintos modos de ejercer la partería?*

**Hannah Borboleta:** En México existen, sobre todo, distintos modos de llegar a la partería. Hay mujeres que deciden formarse en el extranjero ya que aquí hay pocas oportunidades para estudiar partería desde un



modelo escolarizado. Por otro lado, hay mujeres que aprenden de forma tradicional de sus madres, tías y abuelas parteras que les heredan ese conocimiento. Es un modelo de mentora y aprendiz en el que la mujer acompaña a la partera durante muchos años hasta que ella considera que está lista. Se relaciona ampliamente con la cosmovisión de cada sitio donde se ejerce esta forma de partería. En las ciudades hay parteras que se forman más o menos así, aunque no existan parteras en su linaje. Ellas también aprenden con mentoras a las que se les “pegan” como aprendices. Las acompañan en las consultas, en los partos y procedimientos. Este suele ser un modelo híbrido, entre lo tradicional y lo escolarizado, practicado en su mayoría por mujeres urbanas que se autodenominan parteras autónomas. *Autónomas* debido a su formación y a que trabajan fuera del hospital. Saben muy bien que no usurparán la categoría *tradicional*, aun cuando su formación es parecida. También hay mujeres que llegan a la partería a través de la enfermería. Adquieren bases clínicas en la escuela de Enfermería y Obstetricia y desaprenden ciertas cosas acompañando a alguna partera una vez que deciden no ejercer el modelo hospitalario y laborar en casa. Existen también escuelas de partería, pero son muy pocas en México.

Con todos estos caminos de formación la gran mayoría de las parteras aquí ejercemos en casa: o en casa de las mujeres o en la casa de partería. La casa de partería no es una clínica. Es una casa de nadie, una casa hecha específicamente para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por eso se llama casa de partería y no casa de partos.

**María Renée:** *¿Cómo interpretar la gestión de los servicios hospitalarios de salud materna y neonatal a raíz de la pandemia?*

**Hannah Borboleta:** Pésima. Es muy curioso que siempre que hay una crisis en la sociedad (así se trate de una guerra, una pandemia, u otro fenómeno) los derechos de las mujeres y la atención a la salud de las mismas sean las primeras áreas disminuidas o eliminadas. Durante la epidemia por ébola en Sierra Leona, por ejemplo, murieron más mujeres a causa de complicaciones obstétricas no atendidas luego de que todos los recursos y el personal se destinaran a atender el ébola, que por el

ébola en sí. Eso lo estamos viendo ahora. Muchas mujeres viven una soledad muy profunda. A algunas les han sido negadas sus consultas prenatales luego de que sus clínicas se convirtieran en *hospitales Covid*. Otras mujeres maternas en abandono; son mamás nuevas y no pueden conectarse con nadie, no hay alguien disponible para apoyarlas o sus familias mantienen la distancia por temor al contagio. Se les carga de más la mano. No sólo eres mamá nueva, sino que además debes lidiar con la pandemia y la ansiedad que conlleva. El posparto ya de por sí es difícil, posparto en pandemia es otro boleto. Tal como se han agudizado muchas otras desigualdades sociales a raíz de la pandemia, lo ha hecho la falta de interés por la salud de las mujeres. Se ha vuelto mucho más evidente.

**María Renée:** *¿Qué consecuencias ha tenido la declaratoria de emergencia sanitaria por Covid19 sobre el ejercicio de la partería autónoma?*

**Hannah Borboleta:** Nos están buscando más. Se percibe nuevamente al hospital como un lugar de transmisión de infecciones. Aunque, es muy importante aclararlo, eso siempre ha sido así. Los hospitales, desde su invención, fueron lugares de transmisión de infecciones. De hecho, durante los primeros doscientos años de la obstetricia las mujeres murieron más en los hospitales que en casa debido a la epidemia de fiebre puerperal (infección posparto). No fue hasta que se instaló agua potable en estos espacios, aunado a la invención de antibióticos y vacunas, que disminuyó la mortalidad materna. Es interesante que ahora se vuelven a percibir como sitios de riesgo por la presencia de microorganismos que en casa no habría.

Sí, más mujeres han acudido a nosotras huyéndole al Covid, pero también buscan escapar de la violencia obstétrica y las cesáreas que han aumentado utilizando el virus como justificante, aunque éste no sea motivo para practicarlas (todos los documentos internacionales y la Organización Mundial de la Salud lo señalan). En este país les gusta hacer cesáreas a diestra y siniestra y el Covid ha servido como una excusa más para realizarlas. Las mujeres le huyen al Covid, a la cesárea y a la violencia obstétrica.

Es interesante destacar que el gobierno dice “¡quédate en casa!” pero no brinda ningún apoyo a la partería autónoma ni a las mujeres que quieren parir en casa. “Quédate en casa” pero si quieres parir en casa pues te toca defenderte sola. No existe respaldo alguno y esto es algo histórico. El gobierno nunca ha apoyado el ejercicio de la partería ni la autonomía de las mujeres para parir fuera de sus instituciones. Se ha desplegado una clara política en contra de ello que desanima a las mujeres a atenderse en casa. Cuando digo *clara política* me refiero a la falta de incentivos y apoyos gubernamentales dirigidos a las mujeres como es el IMSS Oportunidades que se les niega a muchas de ellas cuando deciden atenderse con parteras. Es una práctica no escrita y sin embargo muy difundida. El gobierno, en todos sus documentos, aboga por la institucionalización de los partos. Las escuelas de partería fueron clausuradas en 1960 y no fueron reabiertas sino hasta los años noventa. Es un camino fino: sí hay más interés por parte de las mujeres, pero seguimos “como siempre” con respecto al ámbito gubernamental.

**María Renée:** *Una de las consecuencias ha sido el incremento en el número de mujeres gestantes que buscan ser acompañadas por parteras para evitar el riesgo que supone la atención hospitalaria, ¿consideras que se trata de un fenómeno transitorio? Es decir, ¿sospechas que una vez sofocada la epidemia este número disminuirá o, por el contrario, irá en aumento?*

**Hannah Borboleta:** Es difícil hacer un pronóstico. Volviendo a la respuesta anterior, sí hay más interés. Desde hace 5 años, más o menos, hay más conversación pública, más entrevistas y más medios que nos buscan para saber de qué se trata. Sí hemos tenido muchísima actividad en ese sentido, hay más lugares donde se pone el tema “partería” sobre la mesa. También, desde el movimiento feminista, de a poco hemos ido problematizando la atención a nuestra salud como mujeres. Pienso, para poner un ejemplo, en el buen recibimiento que tuvo *Morada Violeta* apenas la abrimos. Las mujeres nos decían que hacen falta servicios de salud para las mujeres con enfoque feminista, enfatizando que nuestra salud es política. Creo que en México existe un movimiento feminista fuerte en comparación con otros países latinoamericanos y eso ha

ayudado a atender los temas de partería y autonomía de las mujeres con respecto a sus procesos de salud sexual y reproductiva. Sospecho que el interés por la partería no va a disminuir una vez que la pandemia termine. Cada vez estamos más y más conscientes del maltrato que vivimos en los servicios de salud. Muchas mujeres se acercan a nosotras no necesariamente diciendo que quieren atenderse con partera, pero sí saben lo que no quieren: cesáreas innecesarias y violencia obstétrica. Falta muchísimo para realmente crear servicios de salud autónomos para las mujeres donde ellas sean las que deciden, donde sean ellas el centro de la atención. Eso, evidentemente, debe pasar por un cambio social. Es decir, no basta una casa de partería, no basta una partera feminista para decir “ustedes pueden tomar decisiones”. Tiene que ver con nuestra formación como mujeres. Se nos ha enseñado a ser lindas, calladitas y bonitas y esto resulta en que no alcemos la voz cuando algo no nos gusta al recibir atención médica. Pero eso se entrena, se forma, se discute, se problematiza y se practica. Será un cambio gradual y necesitamos que las mujeres usuarias estén al pie del cañón junto con nosotras para lograrlo.

**María Renée:** *Se ha denunciado abandono y negligencia por parte del sistema de salud público. Es probable que la catástrofe pandémica haya agudizado tales omisiones, ¿qué ha implicado el carácter autónomo de la partería dentro de este contexto?*

**Hannah Borboleta:** No es probable, es cierto: la pandemia agudizó tales omisiones. La primera razón es que todas las crisis sociales suponen la eliminación o disminución de los derechos de las mujeres y otros grupos vulnerados, como antes dije. Eso lo hemos visto a través de la historia. La segunda razón es que la medicina obstétrica en México (y en muchos otros países) no se inventó para atender a mujeres sanas. En consecuencia, los cuerpos de las mujeres y sus procesos se han patologizado. La obstetricia no sabe atender partos ni mujeres saludables puesto que se ejerce desde el enfoque de riesgo. Se piensa en los cuerpos de las mujeres como bombas de tiempo que en cualquier momento pueden explotar. Tenemos que considerar que el sistema de salud estaba debilitado desde antes de la contingencia sanitaria, la atención brindada a las mujeres era

desfavorable ya de por sí. Ahora habría que sumar que está funcionando bajo presión, con menos personal ya que muchos han enfermado, muerto o se encuentran resguardados en sus casas. Es el peor escenario para atender a las mujeres y sus procesos, sobre todo cuando estos implican tiempo, paciencia y presencia. Cualquier proceso, así se trate de un parto, de una infección vaginal o de una infección por Covid19, necesita tiempo. El sistema de salud tuvo muy poco y actualmente, dado el contexto pandémico, tiene aún menos. Las condiciones son óptimas para el abandono y la negligencia. Claro que las parteras hemos abogado por los sitios de partería como espacios que deben estar disponibles para las mujeres en muchas más colonias y en muchos más barrios. En cada barrio debería haber una casa de partería. Incluso si el sistema sanitario público funcionara bien, esos espacios deben existir siempre como opción. La partería debe ser *la* opción para las mujeres, la primera y no la última. Es un modelo de atención que reduce las intervenciones médicas (baja la tasa de cesáreas), aumenta la satisfacción de las mujeres y no tiene riesgos conocidos. ¿Por qué no se invierte más en partería? Es un problema de poder político, de poder sobre el cuerpo de las mujeres. Se pretende que las mujeres no tengamos autonomía sobre nuestros procesos.

**María Renée:** *Las parteras acompañan mujeres con embarazos de bajo riesgo, mientras que de las mujeres con patologías gestacionales debe encargarse la práctica médica profesional y especializada: la ginecobstetricia. ¿Cómo pensar el acompañamiento para ellas? ¿Cómo articular el modelo de partería con los procesos de mujeres cuya intervención quirúrgica es inevitable?*

**Hannah Borboleta:** Es muy importante poner esta pregunta sobre la mesa porque las parteras, históricamente, eran las profesionales que atendían y acompañaban a todas las mujeres. Ellas conocían maniobras y sabían resolver complicaciones. Las complicaciones, así como la muerte tanto de las parturientas como de los bebés, han sido comprendidas de modos distintos a lo largo del tiempo. Hoy vivimos un pensar constante sobre la muerte y el riesgo. La obstetricia ha jurado poder controlar la muerte, pero eso es imposible. Me parece importante hacer una reflexión

histórica en este sentido, ¿cómo entendemos y representamos la muerte en la actualidad en contraste con las formas pasadas? Sé que me desvié un poco de la pregunta, pero me pareció significativo introducir dicha reflexión. Para nosotras, retomo el asunto, es crucial considerar en todo momento que las mujeres a veces necesitan acompañamiento de la ginecobstetricia que se encarga de patologías. Sin embargo, creemos que toda mujer necesita del acompañamiento de una partera sí o sí. Una de mis mentoras solía decir “todas las mujeres necesitan una partera, y algunas también necesitan una ginecóloga”. Si las mujeres padecen hipertensión, alguna complicación cardíaca, prefieren la cesárea para lidiar con el dolor o porque su bebé simplemente no baja por más esfuerzos que hayamos hecho, yo como partera debo saber y poder ofrecer la posibilidad de acompañarla. Ese acompañamiento, finalmente, sigue siendo importante. La mejor forma de atención para las mujeres que se ha observado es aquella en la que el modelo de partería y el modelo ginecobstétrico se articulan. No porque sea necesaria una ginecobstetra en todos los partos que atiende una partera, no se trata de que las parteras necesitemos supervisión sino de poder asegurar el acompañamiento en los casos en que se brinde atención hospitalaria. La transferencia de atención fluida beneficiaría a la mujer y a su bebé. Sin embargo, este no es el caso en la mayoría de los sistemas de salud.

**María Renée:** *Miedo es una de las palabras con mayor presencia dentro de los procesos de gestación, parto y puerperio, ¿Ha adquirido una nueva interpretación en consecuencia del virus? ¿Cómo lidian con él las parteras?*

**Hannah Borboleta:** El virus ha llegado a ser un temor más dentro del catálogo de miedos que tú puedes tener como mujer gestante. La muerte es algo presente para la mayoría de las mujeres y sus procesos. Es muy interesante que al preguntar a las mujeres y sus familias sobre las complicaciones que les preocupan muchas de ellas responden “me preocupa que pase *algo*” e insisten al intentar que hagan explícito o específico a qué se refieren. Es muy curioso, la gente en general no tiene idea. Es muy borrosa la cuestión de qué puede pasar. Me parece importante desmenuzar los riesgos, hablar con la mayor claridad

posible sobre ellos y establecer que no existe el riesgo cero. Es como si alguien te vendiera un carro y te prometiera que nos vas a chocar nunca, te mentirían. Te mienten si te dicen que aquí no tienes un riesgo. La obstetricia se ha edificado sobre el discurso de poder controlar los riesgos y quitar la muerte del panorama. Eso es una mentira. Es ridículo pretender que las mujeres no somos lo suficientemente inteligentes como para tener una conversación madura y adulta sobre las complicaciones, el miedo y la muerte. No somos pendejas. La obstetricia, al tratarnos como tal y asumir que lo que queremos y necesitamos es que nos salven, ha fortalecido su presencia con ese discurso y esa dinámica. Es súper importante tener conversaciones serias, honestas y claras al respecto. El riesgo existe y es fundamental hablar de cuáles son aceptables para cada persona. Por ejemplo, para mí es un riesgo aceptable andar en bici sin casco mientras que otra persona pensaría que es una estupidez. Aún con casco hay un riesgo, no lo erradica por completo. Yo siempre hablo de la bici porque ando en ella todo el tiempo y es algo que reflexiono y converso mucho. Mi elección de transporte conlleva riesgos, pero cualquiera los tiene. El carro tiene una tasa muy alta de accidentes mortales; sin embargo, nadie piensa en esto cuando se sube a uno. Si tratáramos a todo mundo que se sube a un carro igual que a las mujeres cuando escogen tener un parto en casa nadie se subiría a un carro. Por qué decimos a las mujeres que están locas y son irresponsables, que pondrán en riesgo a su bebé y a ellas mismas, que por su capricho de ser tratadas bien su cría va a morir. Aun si ese fuera el caso sigue siendo decisión de la mujer. Cada mujer va a decidir cuáles son los riesgos aceptables para ella. La conversación adulta y clara a la que me he referido está ausente en los servicios de salud. Hay un paternalismo muy grande hacia las mujeres y una infantilización severa. Es una dinámica interesante porque por un lado existe desinformación acompañada del lema “eres una tonta y no sabes” y por otro lado se culpa a la mujer cuando alguna complicación aparece. Es esquizofrénico. Inicialmente te dicen “eres pendeja para tomar decisiones” pero cuando lo haces (o no) y tienes a tu bebé en el jardín entonces “tú fuiste la pendeja que no llegó antes”. Es absurdo. El sistema de salud no está considerando a las mujeres como interlocutoras. A las mujeres se les deja solas, y entonces ellas comienzas a informarse

como pueden (en libros, en internet, con sus amigas, etc.). Como decía, el COVID es un agregado dentro del catálogo de miedos. Nosotras como parteras, durante las consultas que son bastante más largas de lo habitual, damos mucho espacio a la conversación. Queremos saber qué piensa, siente y necesita cada mujer. Cada una tiene diferentes miedos, y si bien algunos son los mismos el significado suele ser diferente. A partir de ahí es que indagamos en las maneras de lidiar con sus miedos. Hay que considerar que no siempre estos van a irse, hay muchas cosas que haremos con miedo, pero es importante que no nos paralice. A final de cuentas el miedo es una emoción humana y es normal que temamos a muchas cosas. El miedo a morir es un miedo compartido, todas y todos lo hemos tenido en algún momento de nuestras vidas. Se trata también de honrar nuestros miedos y decir “vale, aquí están y nos acompañan.” Hay que pensar en las cosas que sí están bajo nuestro control y las que no. Regresando al ejemplo de la bicicleta, si temo ser atropellada puedo ponerme un casco, luces e instalar espejos para mirar hacia atrás, pero hay una parte sobre la que no tengo incidencia... debo confiar. Pero confiar es muy difícil. El parto es uno de los acontecimientos en la vida humana que nos pone enfrente la falta de control que tenemos sobre la mayoría de las cosas. Como humanidad pretendemos tener control, pero la realidad es que no lo tenemos.

**María Renée:** *Suele pensarse en los hospitales como sitios seguros. Paralelamente, y como efecto de los procesos histórico-políticos que anulan la medicina y partería tradicionales, suele pensarse en el espacio privado como sitio de riesgo. ¿Se ha trastocado dicha noción como resultado de la emergencia sanitaria?*

**Hannah Borboleta:** Sí y no. Es cierto que se vuelve a la noción de que en los hospitales se transmiten organismos patógenos. Sin embargo, hay también un profundo miedo al parto en casa y a veces miedo al parto en casa mata miedo al COVID. Hay que decir que el miedo profundo al parto en casa es reciente, tiene apenas dos generaciones. Es común escuchar decir a las mujeres que sus abuelas parieron con parteras, pero justo después, aunque reconozcan que las cosas marcharon bien, las escuchas



decir que parir en casa es retrógrada mientras que parir en hospital es sinónimo de progreso. A final de cuentas son decisiones emocionales, tomadas por tradición y no por números. Nadie mira las estadísticas que señalan que la cesárea puede generar más complicaciones que un parto y decide, en efecto, tener un parto. No se toma decisiones así. Es algo muy humano, las compañeras de antropología y sociología han estudiado la forma en la que tomamos decisiones sobre la salud; tanto sobre el modo en el que lo hacemos nosotras como en el que lo hace el sistema. ¿Por qué realiza determinadas intervenciones? Porque responde a una tradición, “así me lo enseñó mi maestro y así voy a hacerlo.” No se sustenta en evidencia. Para que una evidencia se aplique deben transcurrir en promedio veinte años (si es que llega a aplicarse). Es triste. Las políticas públicas no se elaboran con base en la evidencia sino en tradiciones.

El hospital ha vuelto a verse como lugar de transmisión de infecciones, sí. Pero para muchas mujeres ha sido muy complicado deshacerse del miedo al parto en casa. Nuestra generación ha crecido con un profundo miedo al mismo. Acaso algunas de nuestras mamás todavía parieron ahí, pero la mayoría ya no. Nuestras abuelas es muy probable que sí. Pero claro, como lo hacían las abuelas se torna en “lo de antes”. Por otro lado, hay que tomar en cuenta que se trata de una decisión que las mujeres no toman solas. Es común escuchar “a mí me gustaría tener un parto en casa, pero mi marido no está de acuerdo”, me encantaría contestar “¡No es él quien va a parir! El trauma por violencia obstétrica o por una cesárea innecesaria lo vas a tener tú y sólo tú.” El profundo miedo que tienen los hombres al parto en casa ha sido un obstáculo grande. Es un miedo que además se honra porque es él quien paga. La falta de independencia económica de las mujeres es uno de los motivos por los que ellas no paren en casa. Hay que problematizar el querer incluir a toda costa a las parejas porque finalmente se trata del cuerpo de ellas y no de ellos. Muchos hombres no alcanzan a verlo y/o no tiene interés.

**María Renée:** *La medicina hegemónica se sirve de los códigos de vigilancia, control e intervención. ¿Qué relación puede tener esto con la racionalidad androcéntrica y el orden patriarcal?*

**Hannah Borboleta:** Toda. La vigilancia, el control y la intervención resultan de una visión mecánica del cuerpo de las mujeres (considerar nuestros cuerpos como máquinas que deben hacer un producto para después expulsarlo). Si algo está mal entonces metes instrumentos para remediar ese mal en esa máquina. Conjuntamente, el cuerpo de las mujeres siempre se ha visto como el cuerpo de un hombre, pero con algo de falla. Se ha constituido como ese *otro* que es un poco raro y que no sabemos exactamente cómo funciona, aunque creemos que más o menos como el de un varón, por ser este el cuerpo normal. El hombre siempre ha sido el ser humano por default. Al hablar de *persona* en general se habla de hombres. Tan así que en español se dice *hombre* para referirse a *ser humano*. Claramente no están diciendo *ser humano*. El asunto de la vacuna contra Covid y sus implicaciones en el ciclo menstrual pone en evidencia la falta de consideración de las mujeres dentro de los proyectos de investigación médica. Se asume que si en los varones funciona también lo hará en las mujeres. El desarrollo de la ginecobstetricia se dio en este tenor: las mujeres son hombres fallidos que no funcionan muy bien, hay que ayudarles en todo momento porque su cuerpo es una máquina que necesita arreglo. Hace dos años escuché a un ginecobstetra dictando una conferencia decir que el útero no tiene palabra de honor, que se trata de un órgano traicionero que en cualquier momento nos puede apuñalar por la espalda. Al escuchar eso pensé “claro, este tipo de ideas sobre el cuerpo de las mujeres contribuye a que sientas que lo debes controlar y vigilar porque en cualquier momento te va a hacer alguna desgracia”. Nótese el “te va a hacer”. El lenguaje está centrado en el proveedor o proveedora, nunca en las mujeres. Esto responde a un proceso histórico y es importante mirarlo como tal. Hay que situar los códigos de vigilancia, control e intervención en una dinámica patriarcal y en una racionalidad androcéntrica. Sí tiene todo qué ver. Si prestamos atención al modo en que se habla sobre el cuerpo de las mujeres y de sus procesos nos daremos cuenta de que el patriarcado está presente en todo ámbito, desde el lenguaje hasta las acciones y las intervenciones. Hace algún tiempo la Secretaría de Salud publicó una guía de práctica clínica titulada “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado”. Llamó mucho mi atención, pienso que es un

oxímoron incluir *vigilancia y atención amigable* en la misma frase. Una cosa es vigilar y otra es atender amigablemente. Además, no escriben “embarazo sano” sino “no complicado”. De ahí pueden salir tesis enteras sobre análisis del discurso de la medicina abordando el cuerpo de las mujeres. Es espantoso.

**María Renée:** *¿Qué condiciones posibilitan (y cuáles otras obstaculizan) la configuración de una red de parteras basta y suficiente?*

Hannah Borboleta: La configuración de una red de parteras es difícil porque no hay ni siquiera parteras. Algo que desde el movimiento feminista hemos trabajado y problematizado mucho es que las mujeres no tenemos tiempo o espacio ni para nosotras mismas. Estamos agotadas por la triple jornada, nuestra salud mental está en el suelo, ganamos un peso y hacemos milagros por poner comida sobre la mesa, maternamos hijas e hijos mientras atendemos la casa, salimos al espacio laboral remunerado pero los hombres no se han incorporado a las labores domésticas... ¿a qué hora vamos a sentarnos a planear la revolución? Estamos exhaustas. Lo mismo pasa con las parteras. No existen muchos espacios de recreación, ocio, tiempo libre o reflexión para nosotras las parteras. Esto se explica por la falta de parteras que ya denuncié, así como también por que las parteras somos mujeres, y, además, por que las parteras somos el personal de salud peor pagado en el mundo. Con muchas parteras teniendo otro trabajo más, estando de guardia permanente porque alguien se puede poner de parto, y toda la carga que tenemos ya como mujeres, se vuelve muy muy complicado dedicarnos al trabajo político. En los países en los que las parteras hacen trabajo de investigación, incidencia política, regulación y enseñanza formal hay muchas parteras. De tal forma que algunas de ellas atienden, otras se toman un año sabático para tomar cursos o abren una escuela, otras más reducen su labor clínica para dedicarse a quehaceres políticos, etc. Se necesitan suficientes parteras para cubrir esto. En México somos muy pocas, las mismas hacemos todo: incidencia política, damos entrevistas, hacemos investigación, atendemos, formamos parteras e ideamos maneras de no morir en el intento, escribimos proyectos para bajar



fondos y así atender a mujeres de bajos recursos que no pueden pagar nuestros servicios, pensamos en espacios recreativos y de autocuidado para parteras y además hacemos el intento de trabajo en red. Esto nos lleva a un agotamiento crónico. Así que es importante que haya más parteras, pero también que las mujeres participen en la enunciación, defensa y divulgación de la labor de partería. Sí es a nosotras a quienes nos corresponde llevar la batuta. Sin embargo, es importante que el resto de las mujeres ponga sobre la mesa su derecho a la atención por parteras. Esto tiene que ser un trabajo conjunto. Yo jalo de un lado porque soy partera y voy a hablar de ello, y las mujeres jalan del otro lado para decir y que merecen atención digna, segura, basada en evidencias, y por parte de alguien especializado en nuestros procesos fisiológicos.