

## Laura M. Tolton

Profesora Asistente de Español. Facultad de Artes y Diseño.

Universidad de Canberra, Australia.

# Las mujeres entrelazamos tradición, intuición y conocimiento para un parto con amor

*Lo que hay que hacer...es generar un clima relajado, bajar al mínimo la intervención externa y dejar que la mujer sea la dueña de su parto...*  
Entrevista con Michel Odent

### Preámbulo

Acabo de pasar un mes en Colombia, escuchando historias sobre el parto. Muchas de ellas me las contaron las mismas mujeres que dieron a luz, y otras fueron relatadas de segunda mano. Fui supuestamente en un viaje de investigación, pero siempre me enamoro de las personas, de la conversación, de la convivencia, de la vida en Colombia. Además me impresionan las colombianas que conozco, con su fuerza, su verraquera, su capacidad de desarrollar sus ideas y llevar a cabo sus planes a largo plazo, sea como sea. Durante este mes me di cuenta que para una investigación a largo plazo con propósitos feministas, no sólo me interesan las historias que las mujeres me pueden contar de sus propias experiencias de parto sino todas aquellas que escuché, incluyendo las de la vida diaria, porque forman parte de un imaginario colombiano con relación al parto.

Confieso que soy gringa. Originaria de Estados Unidos, vivo en Australia, y juro que tengo un corazón colombiano. Mis amigos y mi familia lo reconocen como tal; sin embargo para Colombia siempre seré gringa. A veces me preocupa que los colombianos me vean como una gringa loca, pero afirmo que son mi feminismo y sentido de igualdad los que me hacen así, no mi nacionalidad. Mis experiencias en la vida y las de mis amigas son las que me hacen feminista, y reconozco claramente que hay machismo en todo el mundo. Recientemente comencé a trabajar en un puesto académico en la Universidad de Canberra; así que ahora me denomino investigadora también: mi enfoque es el análisis del discurso, el cual utilizo para analizar temas de la mujer, sobre la vida en Colombia.

Como investigadora me interesa el uso del lenguaje para crear y mantener las jerarquías de poder; en el caso del parto, esto se refiere a la jerarquía del *conocimiento autorizado* sobre otros conocimientos. En Colombia hoy en día, el *conocimiento autorizado* sobre el parto generalmente se refiere al conocimiento médico y en un grado menor, al de las enfermeras. Yo diría que en este país también se le otorga cierta legitimidad al conocimiento cultural que se podría llamar el *sentido común*, formado por ideas compartidas entre la sociedad. Un tercer tipo de conocimiento, el de las parteras tradicionales, tiende a valorarse más como algo atrasado, sólo considerado

útil como último recurso, en los casos en que los médicos y los hospitales no están al alcance. Jordan (1997) plantea otro conocimiento, el de las mujeres parturientas, como aquel que surge de tener y sentir el propio cuerpo de una.

Para mí como feminista, es interesante mirar las diferencias entre la construcción del conocimiento de los médicos y de las parteras; uno de estos grupos tiene bastante poder, y está conformado en su mayoría por hombres; el otro tiene menos poder, y está conformado casi sólo por mujeres. La sociedad otorga autoridad al conocimiento médico sobre el parto, porque se supone que éste proviene del raciocinio; no obstante, las prácticas médicas también se basan en protocolos hospitalarios, valores y costumbres que no vienen necesariamente de la evidencia empírica; para decirlo más claramente, no se basan en la ciencia (Davis-Floyd, 2003). En contraste, las parteras con educación formal en partería suelen implementar prácticas basadas en evidencia científica (Davis, 2012). Además, la interdisciplinariedad reciente en la investigación posibilita la convergencia de la ciencia y la tradición para interpretar las tradiciones antiguas a la luz de la ciencia (Odent, 1999). Una investigadora de salud explica: “si yo quisiera maximizar mi seguridad científicamente, debería dar a luz así como mis bisabuelas: con la atención de unas dos mujeres con experiencia esperando por ahí mientras yo hago el trabajo de parto” (Dreger, 2012, p. 8). Esto apoya no sólo las prácticas de las parteras certificadas sino hasta también las de las parteras tradicionales. Este año, el estudio más extensivo del mundo (en comparación con otros estudios de este tipo) encontró que la atención partera personal produce mejores resultados para los bebés que la atención estándar hospitalaria (Medew, 2012). Comúnmente se reconoce que los hospitales deberían intentar progresar hacia practicar *evidence-based medicine*<sup>1</sup>, o sea la medicina basada en la ciencia.

1 En español esta expresión se puede traducir “la medicina científico-estadística”; ya que “la medicina basada en la evidencia” se considera un calco del inglés.

Las parteras en Latinoamérica muchas veces son llamadas *empíricas*. En este contexto la palabra no denota científicidad sino desprecio por su conocimiento; significa que las parteras sólo tienen experiencia (evidencia empírica), no estudios. Las parteras además tienen una disposición de escuchar su intuición como fuente de información, cosa que “surge de su propia capacidad de conexión interna con los aspectos corporales y espirituales más profundos de su ser, así como de sus conexiones físicas y psíquicas con la madre y el bebé” (*La intuición...*). Aunque toda hipótesis científica se basa en la intuición (Odent, 2009), la intuición como fuente de conocimiento suele ser subvalorada en nuestra perspectiva cultural. La salud de por sí es un área de interés feminista, porque en la tradición histórica de la medicina y la sanación, las mujeres cumplían –y cumplen– un rol central (Ehrenreich y English, 1988; Obach y Sadler, 2008). Sin embargo, con el advenimiento de la medicina alopática, los médicos cirujanos arrebataron la salud de las manos femeninas. “A través de diversos mecanismos de poder y de sus bases políticas e ideológicas, la ciencia biomédica ha excluido sistemáticamente a las mujeres del modelo médico, erigiendo un sistema androcéntrico, regido por una cosmovisión masculina del mundo” (Obach y Sadler, 2008, p.189). Como parte de este proceso, en el último siglo muchas fases normales del ciclo de vida femenino han sido replanteadas como eventos médicos, incluyendo la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia (Sadler, 2001). Así “la medicina occidental u ‘oficial’ es usada como un agente de control social, en especial sobre la vida de las mujeres, haciéndolas cada vez más dependientes de la protección médica” (Sadler, 2001, p.115). En vista de esto, algunas mujeres consideramos una tarea feminista el “rescatar aquellos saberes situados en los mundos extraoficiales, muchas veces invisibilizados, pero que operan diariamente en la vida cotidiana de cientos de hogares de nuestra sociedad. [Es] el mundo del autocuidado, de la salud al interior de las familias, de las medicinas indígenas

y populares, de las medicinas complementarias y alternativas, entre otras” (Obach y Sadler, 2008, p.181).

## El parto y los valores colombianos

Las jerarquías en la sociedad forman parte de la cultura, la cual se puede mirar a diferentes niveles. Para explorar las jerarquías de conocimiento y por ende de género en el parto, examinemos primero la relación cultura-parto. “En cualquier sociedad, la manera en que la mujer da a luz y el tipo de atención que recibe señalan los valores claves de una cultura tan agudamente como la punta de una flecha” (Kiztinger, 1980, p.115). El parto, más que una acción eminentemente fisiológica, es ante todo un ritual soportado en un sistema de creencias que sirve de marco para orientar la acción y que a la vez se preserva y reproduce a través de la misma (Davis-Floyd, 2003).

Hay varias maneras para aproximarnos a los valores colombianos evidentes en el parto. Comencemos con dos hechos que se destacan en el parto en Colombia: el descubrimiento del método madre canguro y unas altísimas tasas de cesárea. Por una parte, Colombia es el país donde se inventó la técnica del cuidado canguro, la cual comenzó como una alternativa económica al uso de la incubadora para bebés de bajo peso. Hoy en día, el cuidado canguro se reconoce por tener ciertos beneficios sobre las incubadoras, incluyendo la facilitación de la lactancia, la aceleración de la ganancia de peso, la función analgésica, y hasta el mejoramiento de la organización del sueño (Ferber y Makhoul, 2004). En términos de los valores culturales, considero más significativo el hecho de que el cuidado canguro utiliza el contacto humano y provee una mejor relación de apego madre-hijo que las incubadoras (WHO, 2003). Esto es lo que yo esperarí de la Colombia que conozco y he vivido, país en el que los valores de la confianza, el calor humano y los vínculos tienen una importancia vital (Fitch, 1998).

Por otra parte, las tasas de cesárea en Colombia son altísimas. Hernando Villamizar Gómez, ex presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría, reporta que las tasas de cesárea en clínicas privadas son de casi el 90%, y las cesáreas constituyen del 70% al 80% de los partos en clínicas afiliadas a universidades. Una publicación de la Organización Mundial de Salud sugiere que Colombia ocupa el noveno lugar mundial en lo que llaman cesáreas innecesarias (2010). Se estima que las cesáreas innecesarias cuestan USD\$75 millones por año (Rizo, 2009) y se sabe que incrementan los riesgos de muerte materna y fetal.

Quizás las altas tasas de cesárea en Colombia se deben a la influencia cultural de Estados Unidos, como ideal del progreso. En algunas partes de Latinoamérica, “la biomedicina occidental no sólo se ha apropiado del parto sino que está volviendo a definir su misma naturaleza” (Davis-Floyd, 2003, p.xix). “El mundo en desarrollo ha sufrido a manos de las tecnologías occidentales y ahora recurre a ellas para el progreso y la igualación” (Davis-Floyd, 2003, p.xviii). ¿Tendríamos tasas altas de cesárea por admiración a los gringos? Podría ser razonable pensar que también se debe a algo más autóctonamente colombiano. El visionario obstetra Michel Odent traza una relación entre las características principales de las culturas y la manera en que nacen los bebés. Afirma que todas las culturas perturban el proceso fisiológico del parto, y esto lo hacemos como parte de la enseñanza de nuestros valores. Seguramente existen ventajas evolucionistas para tal comportamiento –la agresión ha permitido a los seres humanos controlar la naturaleza (en muchos sentidos) – y así proliferar. Según Odent (1999), “cuanto más grande la necesidad social para la agresión y de habilidad para destruir la vida, más intrusivas han llegado a ser los rituales y las creencias en el período que rodea el parto” (p.28). Para verlo de otra manera, cabe anotar que estas tasas de cesárea podrían tener una relación con un valor de violencia.

También podríamos acercarnos a los valores colombianos en el parto por los relatos de parto que he escuchado. Ahí se notan las jerarquías de poder y los diferentes tipos de conocimiento. Ciertos elementos forman lo que yo llamaría un recuento del parto hospitalario de hoy en día en las ciudades de Colombia. No es una historia alegre; no resalta la sabiduría ni que la mujer sea dueña de su cuerpo y sus procesos fisiológicos como es el parto. Es el testimonio de una mujer muy sola, desesperada, insultada y abandonada por médicos y enfermeras cuando resiste el trato o no se aviene a las expectativas de ellos; por estas condiciones a veces se encuentra cerca de la muerte. Esta historia abarca mujeres y bebés que escuchan e intentan obedecer las órdenes de sus propios cuerpos: bebés que no están listos para salir a las 42 semanas de gestación, mujeres que *saben* cuando rompen fuente, mujeres que se oponen a los invasivos tactos que pueden hacer más daño que proveer información al médico, y mujeres que sabiamente quieren cambiar de posición durante el trabajo de parto. Estas mujeres quieren un cambio serio en el parto en Colombia, y el respeto hacia ellas significaría un pequeño comienzo.

Tristemente, varias de las historias de parto que escuché presentaron ejemplos de violencia verbal en el parto. En una de ellas, una mujer se resistió a los tactos repetidos (violentos de por sí en la negación del derecho a la privacidad y la autoprotección) (Sadler, 2007) de los médicos. El médico le dijo entonces “friéguese”, y la dejó un tiempo largo sin ninguna observación, en condiciones poco favorables para un parto sano (como suelen ser las condiciones de los hospitales en su mayoría), hasta que al otro día por la mañana pasó un doctor para preguntar cuánto tiempo llevaba ahí y la entraron a la sala de cirugía, ya casi inconsciente, para una cesárea de emergencia. En otra historia, el médico de turno no le creyó a una mujer que ella había roto fuente, cuando ella decía que sí; él la forzó a mostrarle la toalla higiénica que llevaba como evidencia. Estos ejemplos de manejo de poder –en un caso castigar a una mujer por

su resistencia a la violencia, y en el otro no respetarla con referencia al conocimiento sobre el propio cuerpo–, son historias que muestran una falta de consideración no sólo hacia el conocimiento de la mujer y su inteligencia, sino también hacia los deseos, los sentimientos, su bienestar físico y emocional, y la persona que es.

Otros relatos que escuché muestran ejemplos de otros tipos de conocimiento, los cuales se podrían utilizar para re-crear el parto colombiano. En tres historias diferentes escuché sobre mamás que parían solas: esto se podría llamar conocimiento familiar e histórico. En un caso concreto, una mujer de mi edad, Emilce Quevedo<sup>2</sup>, me contó que su bisabuela fue partera. Esa bisabuela le enseñó a la abuela a parir...pero sólo con su primer hijo. Y de ahí en adelante, para tener los otros once, ella hervía agua, recogía toallas, se encerraba sola en su cuarto, y después salía limpiecita con un bebé, y seguía con los quehaceres domésticos. La vista crítica de Emilce me enseñó la idea que ella misma saca de esta historia: ¡las mujeres pueden parir solas! Es una sorpresa para muchas mujeres de mi generación –de las que tenemos “treinta y pico” –, que los médicos, los hospitales, las enfermeras y hasta las mismas parteras, podrían ser innecesarias en el parto.

Otras me enseñaron sobre la existencia del conocimiento de las mujeres y de las familias que viene de la intuición. Cabría pensar, por tantos partos por cesárea en Colombia y por ende una fiel confianza en el conocimiento médico sobre el parto, que ya sería muy difícil que las personas confiaran en el conocimiento sobre el parto que llega por la intuición. Sin embargo, en estos relatos se nota que en Colombia existe cierta confianza en el conocimiento intuitivo, del propio cuerpo y de las conexiones con los seres amados. En un caso, cuando le pregunté a una mujer

2 Emilce Quevedo está embarazada, y está preparando un documental con el cual intenta hacer un viaje de introspección para entender la violencia histórica en su familia. Planea tener un parto no-violento para romper con el esquema. Su película se llama Nosotras.

que cómo sabía que había quedado embarazada, no me habló de la ausencia de la menstruación sino de que en el momento de la concepción vio chispas. Yo llamaría a esto “conocimiento sobre el propio cuerpo”, pero también parece ocurrir por sentir conexiones fuertes con otras personas. En el nacimiento de un bebé, un médico llegó y le contó al papá que el bebé había nacido muerto. El papá le dijo que no, que no era el bebé de él, sino de otro. Lo sabía, dentro de sí. Y tenía razón, había escuchado a un bebé sano llorar, y por intuición supo que era su hijo.

## La importancia del amor materno

Descubrimientos recientes señalan la importancia del amor materno para el futuro del planeta. “De todas las manifestaciones del amor— materno, paterno, filial, sexual, romántico, platónico, espiritual, fraterno,” “sororo”, añadiría Florence Thomas, “y eso es sin mencionar el amor patriótico, el amor de los objetos inanimados y la compasión y la preocupación por la Madre Tierra— el prototipo de todas estas maneras de amar es el amor materno” (Odent, 1999, pp.1-2). Las experiencias de amor en el período desde la concepción hasta un año de edad son reflejadas en nuestra capacidad de amar durante el resto de la vida. Sin embargo, la “atención” médica en el parto suele imposibilitar que fluyan las hormonas del amor. La falta de consentimiento, la violencia verbal y emocional que tantas mujeres experimentamos en el parto, además de factores como las luces brillantes, los tactos, y la atención por personal que uno no conoce definitivamente imposibilitan que fluya la oxitocina, porque esto requiere que la mujer se sienta segura. Además,

los avances técnicos recientes hacen que “las hormonas del amor” no sirvan. Por ejemplo, la cirugía cesárea se ha vuelto más fácil, más rápida y más segura que nunca. Además, ahora tenemos a nuestra disposición productos farmacológicos que sustituyen las hormonas que las mujeres están programadas a liberar mientras dan a luz (Odent, 2009, p.5),

pero estos productos no tienen los mismos efectos en términos de relaciones humanas y apego. No producen ese amor materno que es el prototipo de los demás tipos de amor. Afirma Odent:

Hoy en día el número de mujeres que dependen de sus propias hormonas para parir el bebé y expulsar la placenta se ha reducido hasta ser mínimo. En un punto tan decisivo en la historia del ser humano, cualquier persona que se interese por el futuro de nuestra especie debería enfocarse en una sola pregunta: “¿Hasta cuándo la raza humana podrá sobrevivir sin el amor?” (2009, p.5).

En toda Latinoamérica son las mujeres quienes han liderado movimientos en contra de la violencia. En Colombia también las mujeres luchan por reinventar un parto con amor.

## Tejamos conocimientos y valores para un parto con amor

Comadrona, con-matrona, *cum-matrem*. No es difícil imaginarse el origen de la palabra *comadrona*; ésta es la mujer que está *con* la mujer parturienta, con la *matrona* (correlativo de patrón), durante el parto. La comadrona la acompaña y teje, silenciosamente. El tejer se considera el símbolo de una fase nueva y vital en la historia del nacimiento y de la partería (Odent, 2011). La técnica tradicionalmente femenina y artesanal de tejer, una tarea repetitiva, hecha silenciosamente, ayuda a bajar niveles de estrés, o por decirlo de una manera más química, de adrenalina. Una mujer en trabajo de parto necesita poder emitir desde el cerebro ciertas hormonas, manteniendo niveles bajos de adrenalina, y al mismo tiempo tener una reducción en la actividad de la neocorteza cerebral. Esto sugiere que el mejor papel de una partera o comadrona sería el de protectora. El sentirse vigilada, o el ser acompañada por una persona con niveles altos de adrenalina, por lo que los niveles altos de adrenalina son contagiosos, perturba el parto. El trabajo de la partera auténtica del futuro será proteger a la mujer parturienta,

mantener sus propios niveles de adrenalina bajos, y guardar silencio. El tejer, además de ser una actividad tradicionalmente femenina, podría representar la tarea más adecuada para esta partera (Odent, 2011).

La institución médica, en su esfuerzo por mejorar las condiciones del parto en términos de mortalidad materna y perinatal, en algún momento dejó de lado el resto de la humanidad, las *personas* de la madre y del bebé. Además se les quitó a las mujeres cierta autosuficiencia en términos del parto, y con el tiempo, la sabiduría sobre este proceso. Ina May Gaskin, partera a quien llaman “la madre de la partería auténtica”, reconoce el problema que significa perder la tradición:

Si se acaba con las parteras también se acaba con un cúmulo de conocimiento compartido por mujeres, el cual no puede ser reunido por un grupo de cirujanos u obstetras hombres, porque fisiológicamente el parto no ocurre de la misma manera alrededor de cirujanos, doctores entrenados médicamente, que alrededor de mujeres comprensivas (Pascali-Bonaro, 2009).

Sin embargo, con las entrevistas que hice y las conversaciones diarias que tuve, caí en la cuenta de que en Colombia el conocimiento ancestral y la conciencia femenina siguen vivos en algunas (o muchas) mentes y experiencias. Estos elementos los tenemos que agarrar, tomar, escribir, grabar, para hacer de ellos una continuación.

Todavía existen mujeres en Colombia que poseen parte de este conocimiento femenino ancestral. Hay parteras y mujeres ancianas, quienes tienen la experiencia de haber presenciado partos hechos en ese estilo antiguo. Además tenemos un tipo de neoc conciencia de las mujeres jóvenes de hoy en día, que quieren volver a sus raíces, quieren aprender de las parteras, las indígenas, las mujeres que desean compartir con ellas el conocimiento ecológico que tienen sobre el cuerpo femenino, que es acompañado por el conocimiento corporal, de nuestra capacidad

de poner atención a las “chispitas” que vemos en el momento de la concepción, de las intuiciones que nos guían sobre nuestros cuerpos y los de nuestros hijos.

Es imposible tener una visión completa del parto en Colombia con un solo mes, o hasta con un año, o cinco años de investigación o de experiencia. Sin embargo, comienzo a sentir las indicaciones del cambio que se está dando en el parto. Artemisa–Asociación de Parteras Urbanas es la primera escuela de partería informal de Bogotá y se fundó en el 2008. Artemisa se autonombra “una comunidad de aprendizaje, de estudio y de servicio de partería ‘desde una forma más femenina de hacer las cosas’”. Su visión es “trabaja[r] en pro del parto humanizado, los derechos de la mujer, la familia y el nacimiento, por aportar, proteger y difundir las buenas prácticas en los procesos de acompañamiento a la salud sexual, gestación, el nacimiento, los cuidados del posparto, la crianza y por promover las medicinas de mujer”. Este grupo se ha conformado a partir de otros grupos que llevan un cuarto de siglo de experiencia: ASOPARUPA y Procrear.

ASOPARUPA, la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico, un grupo de cerca de 250 parteras tradicionales colombianas, acaba de celebrar sus 24 años de fundación. Rosmilda Quiñones es líder de este grupo, el cual invita a parteras de diferentes países latinoamericanos a compartir su conocimiento en Fundación Casa Holística Madre Luna. Por otra parte, el ginecólogo obstetra Mauricio Espinosa ha estado trabajando en Procrear durante 23 años. Su página web promueve la idea del “nacimiento amable” y de “recuperar la confianza en el proceso de la procreación”. Esto lo hace Mauricio poniendo cuidadosamente a las mujeres, las madres, en primer lugar. Aunque no lo anuncie en su página web, en las sesiones de educación, su meta es ceder la palabra a las madres, las ‘maestras’, como él las llama. Invita a las madres, sus parejas y sus hijos a que eduquen a las

mujeres embarazadas y a sus parejas sobre el embarazo, el parto, la lactancia, y sobre todo, las posibilidades de integrar el amor muy completamente en esta etapa de la vida. Las mujeres de Artemisa critican las clínicas y los hospitales; dicen que “son ambientes de jerarquías, egos y agresiones y los que en últimas reciben todo esto son los pacientes” (Gutiérrez, 2012). Ellas piensan cambiar el mundo; afirman “lo más importante es recibir a los nuevos seres de una manera amorosa y cálida, para así empezar a cambiar el mundo desde la raíz” (2012). También existen iniciativas que están ganando fuerza en diferentes partes del país, como la Fundación Camino Claro en Floridablanca y el grupo de Crianza Afectiva en Medellín, las cuales buscan hacer un cambio y promueven el parto humanizado. Éstas son “las hijas del tiempo y de la tradición”, nuestras “parteras postmodernas”, como las llama la investigadora feminista del parto y de la partería, Robbie Davis-Floyd las nombra “postmodernas” porque pasan más allá de la orientación hacia el “progreso”, la cual en términos de la salud se refiere a la tecnologización del parto.

El concepto de la partera postmoderna...[forma] un puente entre las definiciones de parteras tradicionales y parteras profesionales quienes comparten las mismas características, incluyendo el humanismo, un sentido de autonomía, un nivel alto de compromiso político y más especialmente, relativismo informado (Davis-Floyd, 2011 p. 12).

## Conclusión

Hoy en día, para que una mujer en Colombia tenga un parto humanizado y seguro a la vez, se necesita no sólo mucho dinero sino también vínculos con las personas que están dispuestas a prestar tales servicios. Esta situación existe a la inversa de cómo debería: la atención partera es mundialmente menos costosa que la atención médica, y hay mujeres en muchas partes del país quienes quisieran prestar servicios para partos humanizados. Humanizar el

parto en Colombia significaría capacitar a parteras y satisfacer las necesidades de la mujer parturienta, las cuales consisten principalmente en bajar al mínimo las intervenciones externas, darle las condiciones para que se sienta segura, y “dejar que la mujer sea la dueña de su parto” (Gálvez, 2011).

Requerimos en Colombia un cambio sistemático, hecho desde una visión del país del método ‘madre canguro’; el país de la diosa Muisca de la fertilidad, Bachué; el país de los valores de confianza y calor humano. Un cambio creado desde el amor y lo autóctono, para un parto seguro, humanizado y colombiano. Entrelazar los sistemas de conocimiento para crear una realidad a la que queremos apuntar, para incorporar maneras viejas y nuevas de entender el mundo, la posibilidad de un parto seguro en sentido emocional y físico. Necesitamos parteras educadas desde una visión basada en la investigación seria, y también en una espiritualidad ecológicamente colombiana, incluyendo valores indígenas, afrocolombianas, y de nuestra espiritualidad, parteras que saben que la modernización no lo es todo, que las mujeres y sus hijos, como *personas* que son, deben formar el centro de la re-creación, la creación de un nuevo mundo.

Tejamos conocimientos, prácticas y valores; conocimientos de médicos, de la ciencia, de las parteras y de las mujeres; valores de parteras, de mujeres y de familias; y la espiritualidad necesaria, que vendrá especialmente de las parteras y de la tradición. Necesitamos tejer para formar parteras humanísticas, que puedan utilizar la ciencia junta con la intuición y el amor. Con la diosa Bachué, con las parteras de Artemisa, con la educada cesión de poder de los médicos de Procrear, con una partera acompañante, tejamos un nuevo parto para Colombia. Tejamos un nacimiento, un dar a luz con amor, con respeto, con el reconocimiento de los valores que queremos para nuestra Colombia.

## Bibliografía

Artemisa – Asociación de Parteras Urbanas (2011) Consultado en <http://artemisa-parterasurbanas.blogspot.com.au>

Davis, D. (2012) *The decline of normal birth: The maternity system's "failure to progress"*. Conferencia presentada en Serie de Conferencias de Profesores Titulares, Universidad de Canberra, Canberra.

Davis-Floyd, R. (2003) *Birth as an American rite of passage*. Berkeley. University of California Press.

\_\_\_\_\_ (2011) *Daughter of time: The postmodern midwife*. Consultado en <http://davis-floyd.com/daughter-of-time-the-postmodern-midwife/>

Dreger, A. (2012) The most scientific birth is often the least technological birth. *The Atlantic*. Consultado en <http://www.theatlantic.com/health/archive/2012/03/the-most-scientific-birth-is-often-the-least-technological-birth/254420/>

Ferber, S. G. y Makhoul, I. R. (2004) The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113(4), 858-865.

Fitch, K. L. (1998) *Speaking relationally: Culture, communication and interpersonal connection*. Nueva York. Guilford Press.

Gálvez V., Francisca. (2011) *Michel Odent. Sin miedo y sin estrés*. Consultado en <http://www.paula.cl/entrevista/parto-sin-miedo-y-sin-estres/>

Gutiérrez Villa, G. (2012) Parteros del siglo XXI. Ciencia y tecnología. *Cerosetenta*. Consultado en <http://cerosetenta.uniandes.edu.co/parteras-del-siglo-xxi/>

Jordan, B. (1997) Authoritative knowledge and its construction. En R. Davis-Floyd, y C. Sargent, *Childbirth and authoritative knowledge*. (pp. 55-79) Berkeley. University of California Press.

Kitzinger, S. (1980) *Women as mothers: How they see themselves in different cultures*. Nueva York. Vintage Books.

*La intuición como conocimiento autorizado*. Consultado en <http://www.guiamamis.com.ar/maminitas/fundacion-creavida.shtml>

Obach, A. y Sadler, M. (2008) La huella femenina en sistemas médicos informales del Chile actual. En, S. Montecino, *Mujeres chilenas, fragmentos de una historia*. (pp. 181-194) Santiago de Chile.

Odent, M. (1999) *The scientification of love*. Londres. Free Association Books.

Odent, M. (2009) *The functions of the orgasms. The bigways to transcendence*. Londres. Pinter & Martin.

\_\_\_\_\_ (2011) Carta a *Midwifery Today*. 13(20) Consultado en <http://www.midwiferytoday.com/enews/enews1320.asp>

Pascali-Bonaro, D. [Directora] (2009) *Orgasmic birth: The best kept secret*. [Película] Westlake Village, California. Seedsman Group.

*Procrear: te educamos para que cuides de tu salud*. Consultado en <http://www.procrearcolombia.com/index.php>

Rizo Gil, A. (2009). Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia. *Revista EAN*. 67. Consultado en <http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/viewFile/286/254>



Sadler, M. (2001) El nacimiento como acontecimiento médico. *Revista Werken*. 2, 113-124.

\_\_\_\_\_ (2007) Para avanzar hacia una real humanización del nacimiento. En A. Gómez, *Cuadernos Mujer Salud*, 12. Humanizando los nacimientos, el parto en manos de las mujeres. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 29-32.

Villamizar Gómez, H. A. *Implicaciones del parto por Cesárea en Colombia y en la región*. Sociedad Colombiana de Pediatría. Consultado en [http://www.scp.com.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=97&Itemid=18](http://www.scp.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=18)

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*.

World Health Organization, Department of Health Systems Financing. (2010). *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage* (World Health Report Background Paper, No 30; p. 18). Consultado en <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>