

PARTE II: CUANTITATIVA

INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA PARTE: LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ALTIPLANO BOLIVIANO

En la cuarta fase del “Proyecto para la Reducción de la Mortalidad Materna: prácticas apropiadas del parto”, pasamos a una investigación cuantitativa. El trabajo de campo duró de Abril a Mayo 1995, y el análisis de los resultados hasta fines de Junio de 1995.

En esta fase hubo *dos* metas principales: la primera, averiguar numérica y estadísticamente la frecuencia de las prácticas tradicionales del parto que hemos estudiado en la parte cualitativa preliminar del proyecto; y la segunda, comparar las características del parto domiciliario y familiar encontrado en las áreas rurales, con las experiencias de mujeres con partos hospitalarios en las áreas urbanas. Como una categoría intermedia de esta segunda meta, investigamos en algunos casos las características de los partos domiciliarios en el área rural que tuvieron cierto grado de intervención médica, para entender mejor los cambios socio-culturales que afectan a la conducta de los partos en las manos del personal médico, a diferencia de un contexto familiar.

Para esta fase de la investigación, el equipo de ILCA (el Instituto de Lengua y Cultura Aymara) fue dividido en tres grupos:

- i) Grupo de Investigación Área Rural-1: Inka Katurapi, provincias Omasuyos y Larecaja, departamento de La Paz.
- ii) Grupo de Investigación área Rural-2: Unkallamaya, provincias Aroma e Ingavi, departamento de La Paz.
- iii) Grupo de Investigación Área Urbana: hospitales de la ciudad de La Paz y de Viacha.

Ver el mapa de ubicación de estos tres sitios en los Anexos, p. 263.

Uno de los objetivos del proyecto, en su totalidad, fue averiguar las tasas de mortalidad materna en los procesos del pre- y postparto en las diferentes áreas del estudio y luego buscar las maneras de rebajar esta tasa en el futuro. Por tanto, fue necesario revisar la documentación necesaria a modo de comparar nuestros datos iniciales con las cifras de estudios mucho más amplios a nivel nacional e internacional para llegar a algunas conclusiones preliminares de su validez. Según los datos de UNICEF, Bolivia, a nivel nacional, está demostrada con la tasa más alta de América Latina:

Durante algunos años se ha aceptado que la tasa de mortalidad materna en Bolivia es el 480 por 100.000 nacidos vivos. Es la tasa más alta de Latinoamérica.

Una tasa de 480 significa que cerca de 1.500 mujeres bolivianas mueren cada año debido a causas asociadas del embarazo y al parto.

La tasa de promedio de mortalidad materna en los países de Europa y América del Norte es de ocho por 100.000 nacidos vivos. La tasa en Bolivia es 60 veces más alta (UNICEF, 1994: 103).

Las cifras de UNICEF fueron tomadas antes del estudio nacional de ENDSA, 1994, que sugiere que esta tasa ha disminuido en los últimos diez años:

Los resultados indican que la mortalidad materna disminuyó de 416 por 100,000 nacidos vivos en el período 1984-1989 a 390 para el período 1989-1994, todavía sin embargo una de las más altas en América Latina (ENDSA, 1994: 15).

Sin embargo, el estudio nacional de ENDSA, 1994, indica que esta tasa es aún más alta en la región del Altiplano, llegando a 591 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos:

Los diferencias por lugar de residencia son notables. La mortalidad materna en los últimos diez años en la región del Altiplano se estimó en 591 muertes por causa materna por (cien) mil nacidos vivos, más que doble que en el Valle (286 muertes) y entre tres y cuatro veces mayor que en el Llano (166 muertes) (ENDSA, 1994: 15).

Según el mismo estudio, en el área rural de Bolivia, en general, el nivel de muertes por causa materna es todavía muy elevado: 524 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, y en el Altiplano es aún más elevado: alrededor de 600 muertes por cada 100,000 nacimientos para el período 1989-1994. ENDSA concluye:

El resultado combinado de la disminución de la mortalidad y la fecundidad en el Altiplano es el de mantener a niveles relativamente constantes el número de muertes maternas en términos del número de nacimientos (ENDSA, 1994: 126).

Sin embargo, cuando buscamos la documentación actual para una indicación de las causas principales de la mortalidad materna, encontramos diversas conclusiones. Por ejemplo, *Plan Vida* concluye, pero sin citar las fuentes, que “La mayoría de las muertes maternas ocurren en el parto (50%)...

...sobre todo en los casos que no llegan a ser atendidos por personal capacitado. Siendo las causas directas principales: las hemorragias, las infecciones y la toxemia gravídica. La importancia real del aborto como causa de muerte materna se desconoce, aun cuando existen reportes oficiales que señalan a las complicaciones del aborto como responsables del 27-35% del total de las muertes maternas registradas... (*Plan Vida*, 1994-97: 19).

El análisis de *Plan Vida* de la situación actual de la mortalidad materna en Bolivia también toma en cuenta varios factores sociodemográficos, entre ellos la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 4.8 hijos por mujer (3.8 en el área urbana y 6.1 en el área rural); considerando las edades “extremas” (menos de 20 y más de 35 años), la alta fecundidad (más de 6 hijos) y un corto período intergenésico (menos de 15 meses del embarazo anterior), concluyendo que “más de la mitad de las MEF en unión del país (54%) están expuestas a concebir un hijo en condiciones de riesgo elevado” (ibid., 1994-7: 19). Entre sus otras observaciones está el hecho de que “el 47% de las embarazadas no tienen control prenatal”, que “sólo el 49.5% tiene control por personal profesional” y que “el 50% de los partos ocurre en los hogares sin ninguna asistencia por personal capacitado” (ibid., 1994-7: 19).

Otra conclusión de interés señalado por *Plan Vida* para reducir la tasa de la mortalidad materna es el replanteamiento del aspecto de género en las políticas estatales para poder integrar a las mujeres rurales en los programas actuales de salud:

El ordenamiento social limita a las mujeres para asumir la representatividad de las organizaciones de base; las políticas oficiales no han podido lograr una integración plena a los procesos de desarrollo y generalmente los esfuerzos económicos y sociales no consideran el aliviar su carga de trabajo, aumentar su ingreso e incrementar su productividad. Inclusive, las políticas y programas de salud han considerado tradicionalmente a la mujer únicamente como un agente de salud y a diferencia de otros grupos, casi nunca la han considerado como sujeto hacia el cual y con el que se deben dirigir y planificar las acciones de la salud del país” (ibid., 1994-7: 18).

Ahora, comparemos las cifras de las tasas de mortalidad materna y el análisis de las causas y las soluciones sugeridas para rebajar estas tasas, encontradas en esta documentación global del problema tanto a nivel nacional como internacional, con los datos que vienen del microcosmo de las tres áreas de nuestro estudio.