

## 5 CONCLUSIONES DE LA PARTE CUANTITATIVA

---

Con la muestra pequeña del área Urbana en el presente estudio, no podemos ofrecer conclusiones acerca de las características de los partos hospitalarios, en comparación con aquellas de los partos domiciliarios. Sin embargo, como tenemos más información, tanto cualitativa como cuantitativa, sobre las dos áreas rurales del estudio, enfocaremos nuestras conclusiones sobre éstas.

En las dos áreas rurales, las tasas estimadas de mortalidad materna son comparables con las tasas obtenidas al nivel nacional, más que todo con las tasas más altas de la región del altiplano. Sin embargo, el estudio en sus dos fases, muestra que la complejidad del fenómeno de la mortalidad materna no se entiende solamente por cifras estadísticas. Tanto en la parte cualitativa como en la cuantitativa del proyecto, esta cuestión de la mortalidad materna en las áreas rurales fue difícil investigar por las siguientes razones:

- i) Las tasas de mortalidad materna, en términos de la experiencia de la vida y la memoria humana, parecen bajas: para cualquier miembro de una comunidad rural, el recordar solamente 3 hasta 6 casos de mortalidad como consecuencia del parto en un período de 20 años parece poco. Pero aunque la tasa según la memoria humana, parece minúscula, por ser de poblaciones muy pequeñas, aun así, esa tasa excede las tasas de mortalidad materna tanto a nivel nacional como mundial.
- ii) Estas tasas altas no asustan a la gente del campo; más bien son normales por el hecho de que está acostumbrada a aceptar en general una alta tasa de mortalidad en todos los aspectos de su vida: de muertes tanto maternas como infantiles, de muertes en los constantes viajes, por las enfermedades, etc.

- iii) Por otro lado, las autoridades de las áreas rurales, aunque mejor informadas, sienten que sería en contra de su propia comunidad si informasen a foráneos la alta tasa de mortalidad materna que existe allí, y por tanto guardan esa información como algo confidencial.
- iv) Por otra parte, en términos culturales, las mujeres del lugar muchas veces no relacionan las muertes que ocurren durante el período del embarazo, el parto y el postparto con los riesgos mismos del parto. Más bien, culpan la muerte a otras causas: como el frío, los diablos (*saxra*) o asuntos familiares que no están bien arreglados.
- v) Así, para la gente del campo, el concepto mismo de la muerte en el parto no existe. Más bien, como se dice en aymara, se observa que tal persona “se ha ido a otro lado” o “se ha ido a cultivar ajíes”, etc. según una cosmovisión más abierta de su futuro, y no con una cosmovisión cerrada, como si la muerte fuera el final de la vida, según el concepto más occidental.

Por las muchas dificultades de hablar con la gente rural directamente de la mortalidad materna relacionada con el parto, hemos buscado otros medios de investigación a lo largo del proyecto. En ambas comunidades rurales del estudio, recurrimos a varias fuentes informales, como:

- a) Los comentarios anecdóticos, dados muchas veces por personas caracterizadas por su mayor grado de distancia de la comunidad, como de las nueras que entran a vivir en la comunidad de su marido, o de algunas jóvenes que han viajado y vivido en la ciudad de La Paz y así ampliar su perspectiva acerca de su propia comunidad.
- b) Recurrimos también a las fuentes comunitarias más formales, como las listas del Registro Civil (de defunciones de la comunidad, etc.), la información de las Postas Sanitarias, etc.

Aun así, las cifras que obtuvimos son muy relativas. En Inka Katurapi es costumbre enterrar (por lo menos a la gente mayor), en su propia chacra o cerca de su casa, y no existe un sistema formal de Registro Civil. Así, se tendrá que investigar mucho más sobre las tasas de mortalidad materna del campo, y las causas atribuidas por la muerte.

Sin embargo, según la información obtenida por estas diversas fuentes, se nota una alta tasa de mortalidad materna en las dos áreas rurales del estudio, que en ambos casos exceden por mucho al promedio nacional. Además, es muy probable que la tasa de mortalidad materna en el área Rural-2 (Unkallamaya), una comunidad más cercana a la ciudad de La Paz y más

“modernizada” según los términos del proyecto, sea más alta que en el área Rural-1 (Inka Katurapi), una comunidad rural más alejada y más “tradicional”.

En relación con los datos sociodemográficos de las dos áreas rurales del proyecto, habría que subrayar que en ellas todavía no se nota evidencia de una reducción en la tasa de fecundidad, ni existen actualmente cifras que indiquen la disminución de la mortalidad materna. Más bien, con la mayor intervención médica en los programas de vacunación a nivel nacional, es posible que los procesos demográficos actuales tiendan a fomentar más fertilidad que antes. Para entender mejor la situación actual, habría que estudiar aún más los factores, por ejemplo el período intergenésico de mujeres de diferentes grupos de edad, para averiguar si realmente existen algunas tendencias de cambio.

También cuando examinamos los casos de mortalidad materna recordados por los comunarios, se nota el aspecto trágico que a la vez caracteriza las narrativas de los acontecimientos. Por ejemplo, en un caso recordado en Inka Katurapi, por una discusión matrimonial en la noche anterior al parto, la parturienta prefirió pasar la noche fuera de la casa, provocando un parto difícil en las primeras horas del día siguiente de una wawa muerta y complicaciones con una hemorragia mortal postparto. Las narraciones recogidas acerca de los tres otros casos de muerte materna, causados supuestamente por la retención placentaria, de sobreparto y un parto demasiado difícil, también fueron caracterizadas por elementos trágicos fuera del control de los especialistas en salud del lugar.

Siendo así, es evidente que, a pesar de las sugerencias actuales de *Plan Vida*, de la mayor capacitación de los comunarios en el “parto limpio”, la mayor integración de las mujeres en programas de salud, etc., estos casos de emergencia en el parto siempre van a ocurrir, y que los muchos recursos de las comunidades, en términos de salud y la medicina tradicional, al fin de cuentas no son adecuados para manejar todos los casos que se presentan.

También es evidente que sin mayor intervención médica a nivel nacional para atender a estos casos de emergencia en las comunidades rurales alejadas, la alta tasa de mortalidad materna en las áreas rurales continuará siendo la norma. Pero, según los resultados de las dos fases del proyecto, es también evidente que los mismos comunarios, en su gran mayoría, prefieren seguir con sus normas culturales de salud, a recibir el trato despectivo del personal médico del sistema de salud estatal. En la actualidad, la evidencia del proyecto indica que los recursos humanos del sistema de salud estatal simplemente no recibe la formación necesaria para comunicarse con la gente rural, ni en sus lenguas vernáculas, ni en sus preferencias culturales relacionadas con el parto.

Para lograr un mayor uso del sistema de salud formal y estatal en el futuro, habría que lograr primero un mayor grado de comunicación y diálogo entre los sistemas tradicionales y el estatal de salud. Se necesita replantear el enfoque del Estado hacia los sistemas de salud

actuales en las áreas rurales, para aprovechar sus muchos recursos y conocimientos en el paulatino proceso de su mejoramiento y modernización. Una parte de este replanteamiento sería la incorporación de las mujeres del lugar, tanto las especialistas en salud como las parterteras mismas, en cualquier programa dirigido a mejorar el sistema de salud.

### **5.1 Las diferencias entre las dos comunidades rurales en sus prácticas del parto**

Comparemos los dos casos rurales del estudio con más detalle. La tasa de mortalidad materna más baja de Inka Katurapi, tiene una relación directa con la existencia de un sistema tradicional con más recursos formales relacionados con el parto. Por una parte, existen recursos humanos en las parteras y parteros tradicionales, gente mayor con mucha experiencia en su práctica, que además goza de la confianza de la gente del lugar. En la primera parte del estudio, se hizo evidente que las razones para el mayor grado de consultas con las especialistas tradicionales en salud, en lugar del personal médico de las Postas Sanitarias, son culturales y no económicas. Luego, en la segunda parte del proyecto, el análisis estadístico nos mostró con más exactitud el alto porcentaje de primigestas (80%) que recurren a las parteras tradicionales según un sistema formalizado de aprendizaje en el parto, cuando aquellas aprenden las varias normas culturales del lugar relacionadas con el parto. Después, en el caso de las multigestas, éstas recurren más a sus esposos y otros familiares, tanto en sus tratamientos “prenatales” tradicionales del “manteo” (mecer) y masaje para corregir la posición de la wawa, como en el parto mismo, y además en los tratamientos tradicionales postparto, de “manteo” y masaje, “parar ajustar los órganos del cuerpo”. Así, en Inka Katurapi, un total de 52% de las embarazadas hacen una consulta prenatal tradicional con alguna persona con más experiencia en el parto. Por estas razones, quizás una meta en el futuro puede ser la integración de las parteras tradicionales en los centros de salud de las áreas rurales.

El hecho de que existe este sistema tradicional de aprendizaje del parto, dirigida principalmente por las mujeres mayores de las comunidades en su capacidad de parteras especialistas, indica que debemos reconocer su importancia en la comunidad en cualquier programa dirigido hacia la reducción de la mortalidad materna. Los programas actuales en la zona, de “capacitar” (adiestrar) a parteras jóvenes con los fundamentos del sistema biomédico, sin tener los conocimientos tanto prácticos como cosmológicos para ganar la confianza de los comunarios, están irremediablemente condenados a fracasar.

Al nivel del sistema tradicional informal de salud, hemos observado cómo cada familia de la comunidad tiene su propio botiquín de medicinas caseras, más que todo las muchas hierbas de la zona que se usan para los mates relacionados con el parto. Es evidente que estos

amplios conocimientos farmacéuticos del lugar tendrían que ser aprovechados en cualquier programa de mejoramiento del sistema de salud local, en vez de tratarlos como los restos de las idolatrías andinas que habría que borrar lo más pronto posible. Más bien, la comunidad de Inka Katurapi, como un todo, por su amplio uso de medicinas y prácticas tradicionales en el parto, ha podido manejar su sistema de salud en el parto por tanto tiempo sin el interés ni el apoyo del Estado.

Sin embargo, el proyecto CRSA, como un ejemplo actual y exitoso de comunicación entre los dos sistemas de salud, ha podido disminuir la mortalidad materna en Inka Katurapi al construir una Post Sanitaria en el lugar, respaldada por la instalación de una radio de comunicación y las visitas de emergencia por la ambulancia del hospital de Ancoraimos. Aquí, además, se nota que las mismas mujeres comunitarias ya tienen más confianza de que no van a morir durante el parto.

A diferencia, en Unkallamaya, la alta tasa de la mortalidad materna va a continuar siendo la norma para el futuro inmediato, por falta del auxilio oportuno dentro del sistema de salud estatal. Además se nota que, con los cambios culturales en la comunidad en los últimos 50 años, y la desaparición casi total de las parteras tradicionales, las gestantes han llegado a una especie de resignación de su condición, y suelen rechazar la ayuda de sus maridos y familiares durante el parto, prefiriendo dar a luz solas. Cuando surgen problemas graves, el único remedio es buscar el auxilio del sistema más formal de salud en los hospitales de Viacha o La Paz.

## **5.2 Los logros del sistema aymara tradicional de salud**

No obstante el alto índice de mortalidad materna que el sistema tradicional no puede manejar, en las dos partes del proyecto existen muchas evidencias de su éxito, más que todo en las prácticas y técnicas apropiadas del parto, desarrolladas y aceptadas por la gente del lugar.

Los resultados de los cuestionarios muestran la fuerza de las costumbres y la fe que las mujeres del campo todavía tienen en sus propias técnicas y prácticas del parto: sobre todo del uso de las hierbas y medicinas caseras como cataplasmas y mates, de los masajes y “manteo” (tanto suave como fuerte), en los diferentes momentos del embarazo y del parto. El hecho de que la gente rural todavía maneja sus propios partos con relativamente pocos problemas y con un promedio de duración del parto mucho menor del que se podría esperar, es suficiente razón para investigar más sobre el uso preciso de estas técnicas y prácticas.

Como parte de las prácticas rurales, existen procedimientos tradicionales para las consultas “prenatales” y “postnatales”, tanto con las parteras tradicionales como con los esposos “entrenados”, que también habría que tomar en cuenta en el futuro, para entender

mejor las necesidades en salud de la gente rural. Además se nota en los resultados de las encuestas, la fuerza de la costumbre dentro de estas prácticas para adoptar ciertas posiciones para el parto, sobre todo “de cuatro patas”, “de cuclillas” y “sentada”. El hecho de que con estas posiciones existe un índice bajo de desgarros en las parturientas, especialmente en las primigestas, y relativamente pocos casos de hemorragias y otras complicaciones, es evidencia de que convendría considerar seriamente su adopción en otros contextos fuera de las áreas rurales.

Los resultados de la encuesta sobre el desgarro también indican que habría que tomar en cuenta no sólo las posiciones adoptadas para el parto en el campo, sino también las técnicas tradicionales preventivas mediante el masaje y la frotación de las partes de la mujer durante los trabajos de parto y anteriormente, para evitar los desgarros en general. En este sentido, los resultados del proyecto presentan un reto a la propuesta médica de introducir la práctica de la episiotomía como la norma para todos los casos de primigestas, tanto en las áreas rurales como urbanas. La necesidad de introducir esta práctica como una norma no es de ninguna manera confirmada tan sólo por los resultados de nuestra encuesta.

También en los resultados, es notable la diferencia extremada en la posición del ayudante en el parto: en las áreas rurales la posición “agachada” y “por detrás” de la parturienta; y la posición “parada” y “por delante” del mismo en los partos hospitalarios. En la parte cualitativa del proyecto, hemos sugerido las razones culturales por estas diferencias: para evitar el “susto” cuando la parturienta vea su propia sangre o su propia wawa cubierta con sangre, en los primeros momentos después del parto. Estas prácticas favorecidas por la gente rural también se tendría que tomar en cuenta en otros contextos donde las mujeres de origen rural van a dar a luz.

Por otro lado, habría que tomar en cuenta la preferencia de la parturienta rural de tener un ayudante, preferiblemente el esposo, que le sujete la cabeza. Esta práctica tiene varias funciones culturales, sobre todo la de mantener despierta a la parturienta en la ausencia de otros medios para coadyuvar en el parto si ella pierde la conciencia. Respecto a este punto, debemos pensar mucho más de las muchas ventajas culturales y prácticas de apreciar a la parturienta como un ser inteligente y consciente, tanto en sus funciones mentales, como psicológicas y físicas, para culminar la tarea de dar a luz.

### **5.3 Los problemas culturales en la comunicación entre los sistemas aymara tradicional y estatal de salud**

Si, para reducir la tasa de mortalidad materna, es necesario incorporar más la intervención médica para la gente de las áreas rurales, entonces habría que pensar mucho más en cómo este proceso pueda tener éxito. Una de las primeras tareas debe ser el lograr una

mejor comunicación entre los dos sistemas de salud tradicional y estatal, entre sus practicantes y especialistas y la gente que recibe tratamiento en los dos ámbitos.

Los resultados de los cuestionarios y del proyecto en general, confirman nuestras observaciones de las muchas fallas del entendimiento y trato de la gente rural sometida al dominio de la profesión médica. Sobre todo, hemos señalado la importancia cultural para las parturientas de origen rural el desear un ambiente cálido para el parto, que ellas asocian con otros los elementos de “calor” como una categoría (la cocina, un horno, la cueva de la cual salió el Inka etc.), en comparación con el “frío” que sienten en los hospitales, el ser desnudadas, los baños con agua fría, los resfríos etc. También se nota a lo largo del proyecto, las distintas características del trato entre los partos domiciliarios y los hospitalarios: por una parte, la familiaridad (dentro de la familia nuclear en la mayoría de casos), voces familiares y suaves, movimientos suaves por parte de las parteras, el evitar el susto provocado por movimientos bruscos o ruidos fuertes, y por otra, en el otro extremo del hospital, sus muchas quejas sobre el tratamiento físico torpe, el apretar fuertemente en su abdomen, el susto que sienten por los movimientos bruscos, voces fuertes, luces deslumbrantes, la soledad, etc.

Todo eso habría que comunicar en futuros cursos de orientación a los varios miembros de la profesión médica, tanto aquellos que practican en el área urbana como los que practican en el área rural, para luego lograr un verdadero diálogo cultural sobre las necesidades de las parturientas de origen rural. Sólo así se puede lograr su plena participación en una tarea en común: la disminución de las altas tasas de mortalidad materna.

