

6.1 La mortalidad materna en algunas comunidades aymaras del altiplano boliviano

En un contexto de alta fecundidad (un promedio de 5-6 hijos) y la distribución inadecuada de los recursos de salud pública estatal a las áreas rurales del altiplano boliviano, las tasas de la mortalidad materna en las dos comunidades principales del estudio:

- i) Inka Katurapi en la provincia Omasuyos, y
- ii) Unkallamaya en la provincia Ingavi (ambas en el departamento de La Paz),

son comparables con el promedio nacional para el área rural del altiplano, respectivamente 576 y 850 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (entre 0.57 y 0.85% de casos). Además, en Unkallamaya y el tercer lugar rural del estudio,

- iii) Ayllu Qaqachaka, en la provincia Avaroa del departamento de Oruro,

hay períodos en el año y en las vidas reproductivas de las mujeres, en que faltan ciertos elementos en la nutrición, como el hierro, la carencia de los cuales puede coadyuvar en estas zonas a la mayor tasa de mortalidad materna, por la anemia resultante y el mayor riesgo en casos de hemorragia.

En relación con los datos sociodemográficos de las tres áreas rurales, actualmente no existen indicios de una reducción en la tasa de fecundidad, tampoco en el mejoramiento de la nutrición o en las altas tasas de mortalidad materna, y éstas van a continuar siendo la norma en el futuro inmediato.

Sin embargo, el estudio muestra que la complejidad de la mortalidad materna no se entiende solamente por cifras estadísticas. Tanto en la parte cualitativa como la cuantitativa

del proyecto, fue difícil encontrar las tasas precisas de mortalidad materna por las siguientes razones:

- a) No existen estadísticas completas y confiables de las tasas de mortalidad materna a nivel departamental;
- b) Las tasas de mortalidad materna parecen minúsculas en las comunidades rurales con poca población;
- c) Las tasas actuales parecen la norma, ya que la gente del campo está acostumbrada a aceptar las altas tasas de mortalidad en muchos otros aspectos de la vida;
- d) Parece que las autoridades de las áreas rurales piensen que desprestigiarían a su comunidad al divulgar a extraños del lugar las altas tasas de la mortalidad materna;
- e) En términos culturales, las mujeres del lugar no relacionan las muertes que ocurren durante el embarazo, el parto y el postparto con los riesgos del propio parto. Más bien culpan a otros factores, como el frío, los diablos o problemas de tipo familiar;
- f) Para la gente del campo, el concepto de la muerte como el fin de la vida, no existe.

Por estas razones, buscamos otras fuentes de datos como:

- i) Los comentarios anecdóticos;
- ii) Las fuentes comunitarias más formales: el Registro Civil, con sus listas de defunciones, información de las Postas Sanitarias, etc.

6.2 Las similitudes entre las áreas rurales del estudio

6.2.1 Las prácticas del parto en su contexto social y cultural

Es necesario ubicar las prácticas del parto de las áreas rurales del altiplano, dentro de su contexto social y cultural, sobre todo dentro de la cosmovisión andina, para luego entender las normas del parto de las mujeres del campo y los conflictos culturales que resultan para ellas cuando dan a luz en otros contextos, como en los hospitales urbanos. Así se podría entender mejor las tradiciones del campo como instituciones tanto sociales como culturales.

6.2.2 Las prácticas rurales del parto como parte de la cosmovisión andina

6.2.2.1 Las prácticas del parto se manejan bajo los auspicios morales y espirituales de los dioses tutelares del lugar: los cerros, el rayo, la tierra, el espíritu del hogar, los santos y santas, los sitios votivos y milagrosos, etc.

6.2.2.2 Se experimenta el parto como algo normal, relacionado a la vez por una serie de analogías con su equivalente en el ciclo agrícola y del pastoreo:

- a) Se compara a la parturienta con la Pachamama que va a entregar sus frutos, y
- b) Se compara al esposo con el sembrador que luego tiene que cuidar a su chacra hasta la cosecha.

6.2.2.3 De la comparación entre la parturienta y la tierra misma, surgen muchas consecuencias para las prácticas del parto:

- a) Se da más importancia a la vida de la madre que de las wawas, que nacen con cada cosecha;
- b) La parturienta, como la Pachamama en la temporada de la cosecha, tiene que estar bien vestida al momento de dar a luz, y no desvestida o tapada sólo con ropa liviana, como en los partos hospitalarios;
- c) Los familiares de la parturienta tienen la costumbre de masticar hojas de coca durante los trabajos de parto, como analogía con la tierra fértil cubierta de vegetación;
- d) La parturienta tiene que entregar su producto (la wawa) a la tierra, así como su propia sangre y la placenta. Por eso dan a luz en posiciones de parto sobre la tierra;
- e) Asimismo sus fuerzas que gastan en el trabajo de parto tienen que estar dirigidas hacia la tierra;
- f) Para el corte del cordón umbilical, se evita usar instrumentos de metal por el hecho de que ellos ‘lastiman a la tierra’;
- g) En algunas zonas del estudio, surgen las muchas comparaciones entre el parto y el tejer.

6.2.2.4 En un hogar, se compara el nacimiento de cada wawa con el nacimiento del sol. De esta comparación clave surgen otras prácticas del parto, como:

- a) Calentar el cuarto de la parturienta ‘como un horno’;
- b) Idealmente, dar a luz a medio día..

6.2.2.5 Se compara el parto con el Mito del Origen de los Inkas:

- a) Se compara la habitación del parto y la barriga de la parturienta, con la ‘cueva’ u ‘horno’ de donde salió el Inka;
- b) Se compara el caito (hebra) de llama que se usa para amarrar el cordón umbilical al dedo gordo de un pie, con la llama delantero que tradicionalmente iba delante del Inka;
- c) Se compara el sonido del ‘cencerro’ que usan las parteras para llamar al ánimo de la wawa y la placenta por la ‘puerta’ del canal del parto, con el sonido del ‘cencerro’ que lleva la llama macho guía.

6.2.2.6 La centralidad de la casa y hogar, con su simbolismo materno:

- a) La parturienta, como jefa de familia, dirige a quienes le ayudan en el parto, hasta la propia partera, y éstos siguen sus instrucciones según los requerimientos de su cuerpo;
- b) Se da mucha importancia y atención a la placenta como elemento simbólico del lado materno de la casa, más su entierro (o colgado) en la casa misma.

6.2.2.7 La lógica aymara del parto

Partiendo del concepto de que la placenta es otro ‘ser’ que vive y luego muere, viene la lógica aymara de entender que el parto tiene *dos* fases principales: es decir el nacimiento de la wawa y luego el nacimiento y muerte de la placenta. Las dos fases tienen las mismas prácticas fisiológicas, posiciones, consumo de mates, etc.; y el entierro de la placenta está muy ligado con los ritos de la muerte.

6.2.2.8 La práctica de no dar el pecho inmediatamente al neonato. Esta práctica tiene su lógica cultural que tiene que ver con:

- a) El alimento de sangre que ha recibido la wawa dentro del útero;
- b) La necesidad de criar gente fuerte para la vida del campo;
- c) La necesidad de criar gente modesta que no consuma demasiados recursos de la comunidad;
- d) El cuidado de la higiene, limpieza y salud de la wawa para que no sea desaseada durante su crecimiento.

6.2.2.9 La atención a la belleza de la wawa. Prestar atención a la salud física y mental de la wawa recién nacida, para que luego tenga una vida familiar útil a la comunidad.

6.2.2.10 El énfasis en la distinción por el género. Se nota una gran diversidad de prácticas y dichos a lo largo del proceso de concepción, embarazo y parto; y luego, en la crianza de la wawa, que tiene que ver con el refuerzo de las distinciones de género.

6.2.3 Las especialistas del campo en salud materna

6.2.3.1 Existe una jerarquía de especialistas en el parto dentro del sistema religioso del lugar:

- a) Las parteras/os con más prestigio en las comunidades son aquellas/os que han sido tocados por el rayo, los ‘sabias/os’ que suelen ‘leer’ la coca’ para luego llegar a su diagnosis. Ellas/os no ‘reciben’ la wawa en sus manos, solamente ‘salvan’ la vida de la mujer;
- b) En algunas zonas, las diferentes clases de partera especializan en diferentes ‘clases’ de cuerpo de las mujeres;
- c) La mayor incidencia de consultas con las/os especialistas en salud local sin duda tiene que ver con la fuerza de la fe y costumbres en la comunidad, y con las normas del lenguaje, familiaridad etc.;
- d) Las razones por la mayor incidencia de consultas con los especialistas locales en salud, son culturales más que económicos. La gente del campo tiene más confianza en la mayor experiencia y habilidad en el parto de sus propios expertos, sabiendo que el personal médico en salud que trabaja en el área rural, en su gran mayoría tienen muy poca experiencia. Así, prefiere pagar hasta una oveja o llama (valor 20-200 Bs.) a sus expertos locales en salud, en vez de pagar 5 Bs. a un sanitario aprendiz.

6.2.4 El manejo fisiológico aymara del parto

El manejo del parto según la medicina aymara tradicional es principalmente ‘fisiológico’ en vez del manejo ‘activo’ del parto de la profesión médica.

6.2.4.1 Las prácticas y técnicas del parto tienen su propia lógica dentro de los sistemas aymaras de anatomía y fisiología, y son relacionadas tanto con el cuerpo físico y material (*patxa kurpu*) como con el cuerpo ‘adentro’ (*manqha kurpu*), invisible y esotérico, cada uno con su propio léxico en aymara. Estos conceptos son muy distintos a lo biomédico y requieren mucho más estudio.

6.2.4.2 Existen sistemas andinos de taxonomía y genética del cuerpo de la mujer:

- a) En cuerpo ‘frío’ (*thaya janchi*) o ‘caliente’ (*junt'u janchi*);
- b) En matriz ‘de animal’ (*animal märi*) o ‘de gente’ (*jaqi märi*), ambas heredadas por la línea materna, dando la predisposición para tener partos fáciles o difíciles, respectivamente;
- c) En matriz ‘seca’ o ‘húmeda’, con la predisposición de tener respectivamente partos con la pérdida de poca o mucha sangre. El llamado ‘parto seco’ es lo más temido y riesgoso.

6.2.4.3 De esta manera, las técnicas de masaje son relacionadas con la condición del cuerpo de la parturienta, que se encuentra por:

- a) La medida del pulso y el flujo de sangre en la circulación, con referencia al movimiento hacia o fuera del corazón;

- b) La condición de ciertos músculos, cartílagos y tendones que suelen formar en ‘nudos’ y que se tienen que reubicar en su lugar, haciendo ciertos sonidos con la acción de ‘higadear’;
- c) La ubicación de ciertos puntos esotéricos en el cuerpo y el flujo de las energías del espíritu entre ellos en su integridad;
- d) La ‘mirada’ de la parturienta.

6.2.4.4 Otras técnicas, como aquella de sujetar la cabeza de la parturienta, evitan el desmayo y la salida del espíritu llamado *janayu* o ‘ángel de la guarda’.

6.2.4.5 Aún otras técnicas tienen que ver con la respiración de la parturienta y la circulación del aliento en el cuerpo humano, para así ayudarla a “dar fuerzas” *hacia abajo* en la dirección de la salida de la wawa, hacia la tierra.

6.2.4.6 Otras técnicas, tanto del masaje como del “manteo” (mecer) en sus varias formas, tienen que ver con la condición de la wawa. Estas toman como punto de referencia el eje vertical, más que todo de la columna vertebral, donde la wawa debe estar en posición ‘recta’.

6.2.5 La importancia y vigencia del sistema epidemiológico local

Las parteras/os del campo siguen sus propias normas de higiene y aseo, tanto físicas como espirituales, como parte de la sabiduría más amplia de salud en toda la comunidad.

6.2.6 La importancia del sistema farmacéutico local

6.2.6.1 Los comunarios, por su bajos ingresos económicos, para atender un parto, usan los recursos de la zona, por ejemplo las muchas hierbas y varios ingredientes para mates, untos y cataplasmas, como una ‘medicina del pobre’ (*puyrin qullpa*). Su manejo e intercambio por trueque incluye las ferias semanales en la región y los mercados en la ciudad de La Paz, en un sistema manejado mayormente por las mujeres.

6.2.6.2 Como parte de este sistema, cada familia conserva su propio bulto de medicinas para usar en el parto, y cada miembro de la familia, según el sistema de educación en salud, aprende sus varios usos.

6.2.6.3 Existe una división en la labor por género, de recoger las hierbas del lugar usadas en el parto, y las mujeres, tanto las especialistas como las jefas de familia, tienen la responsabilidad de recogerlas y dirigir sus aplicaciones.

6.2.7 El ‘empirismo’ como teoría y práctica

6.2.7.1 La gente del campo, más que todo **las/los especialistas en salud**, trabaja en el contexto de la experiencia o praxis de sus propias vidas y según los conocimientos del lugar, que ellos aprenden de la historia oral, el sistema local de educación en salud, etc. El conjunto de estas prácticas y conocimientos constituye el sistema local de prácticas apropiadas del parto. Este sistema es tanto formal como informal, integrando nuevas ideas y rechazando otras con el tiempo, si llegan a apreciar otra práctica mejor.

6.2.7.2 Embarazo y parto

Existe un sistema de aprendizaje para atender el parto según el género y la experiencia. Las primigestas recurren a las mujeres mayores con más experiencia en el parto (tanto parteras como otras familiares), en consultas prenatales tradicionales. En Inka Katurapi, un total de 52% de las embarazadas hacen una consulta ‘prenatal tradicional’ a alguna persona con más experiencia en el parto.

6.2.7.3 El parto

6.2.7.3.1 La mayoría de las primigestas (el 80% de las de Inka Katurapi), recurren a la ayuda de las parteras tradicionales para aprender las costumbres y prácticas del lugar para la atención del parto.

6.2.7.3.2 Existen varias técnicas preventivas, de frotación y masaje de las partes con pomadas caseras, mayormente de las primíparas, antes y durante los trabajos de parto, para evitar el desgarro. Parece que estas técnicas son efectivas; en Inka Katurapi, aunque hubo 17.39% de casos de desgarro, todos fueron de multigestas y con circunstancias problemáticas. Tampoco en Unkallamaya hubo casos de desgarro en primíparas.

6.2.7.3.3 En Inka Katurapi las parteras tradicionales recomiendan la posición ‘de cuatro patas’ sobre el piso (adoptada por el 65.22% de las parturientas) para facilitar el parto, evitar el desgarro (100% efectivo en el caso de primíparas) y el riesgo de la pérdida de mucha sangre (sólo 8% de casos). En Unkallamaya, debido a influencias externas, las posiciones más usadas son ‘sentada’ (32%) y luego ‘acostada’ (24%).

6.2.7.3.4 Luego ellas, a la luz de su experiencia con su primer parto, enseñan a sus maridos cómo quieren dar a luz.

6.2.7.3.5 La posición dominante del/la ayudante en el parto es, en Inka Katurapi, agachada detrás (27.27%) y delante (22.73%). Estas posiciones tienen que ver con las normas de la posición preferida para el parto, la ‘mirada’ de la parturienta hacia adelante y arriba, y la prohibición a la parturienta de ver su propia sangre ni la wawa recién nacida, cubierta con sangre. Una persona parada detrás (13.64%) de la parturienta tiene que

sujetarle la cabeza para evitar su desmayo. Igualmente en Unkallamaya, las posiciones de los/las ayudantes se relacionan con la posición preferida de la parturienta.

6.2.7.3.6 El ambiente preferido para el parto debe ser ‘caliente’ y no ‘frío’ (motivo de la mayoría de las quejas contra los partos hospitalarios), en un ambiente familiar (56% de partos en Inka Katurapi son atendidos dentro de la familia nuclear) y sin el peligro de las fuentes de ‘susto’ causados por los movimientos bruscos, ruidos y voces fuertes, que la gente del campo conoce en los hospitales.

6.2.7.4 Postparto

6.2.7.4.1 Las parteras tradicionales de Inka Katurapi recomiendan la misma posición ‘de cuatro patas’ (adoptada por 39% de las mujeres) para esperar la expulsión de la placenta. Se lo experimenta como ‘otro parto’. En Unkallamaya 20% de las mujeres usa la misma posición ‘sentada’ para el parto.

6.2.7.4.2 El período entre el parto y la salida de la placenta es considerado muy riesgoso para la parturienta, y es tratado culturalmente como un ‘velorio’ con muchos cuidados contra los espíritus malignos que pueden asomar a la sangre materna.

6.2.7.4.3 Después de la expulsión de la placenta, se considera que la mujer es ‘salvada’ y ‘librada’, y por eso no existe la costumbre de hacer otra consulta formal postnatal. Sin embargo, en consultas informales y familiares tradicionales postparto, las mujeres recurren mayormente a sus maridos para la práctica de mecerles suavemente (“manteos”) para recolocar sus órganos (especialmente la matriz) en su lugar.

6.2.7.4.4 Existen normas de dietas postparto, aumentado con el uso de ciertos mates y sahumeros para curar las lastimaduras del cuerpo y evitar el ‘sobreparto’.

6.2.7.4.5 Existen normas de higiene para lavar, desinfectar y sahumar a la puérpera para evitar el ‘sobreparto’. En Inka Katurapi hallamos solamente 4% de casos de infección (‘sobreparto’), comparado con 36% de casos en Unkallamaya.

6.2.7.5 La identificación del riesgo basada en el empirismo

6.2.7.5.1 En los cálculos tradicionales de riesgo, se toma en cuenta toda la vida reproductiva de cada mujer, reconociendo más riesgo en casos de mujeres de alta fecundidad (más de seis wawas) y no solamente la edad, como el modelo de riesgo más occidental.

6.2.7.5.2 Se reconoce el riesgo para la mujer en el caso de mellizos y fetos en posiciones ‘difíciles’.

6.2.7.5.3 Se reconoce el riesgo en el período postparto y así recurren a muchas prácticas del cuidado, tanto de dieta/alimentación/nutrición como de salud física, mental y espiritual.

6.2.7.5.4 Las parteras/os tradicionales suelen rechazar el tratamiento de aproximadamente 2% de casos que son demasiado difíciles para ellas/os, remitiéndolas al personal médico.

6.2.7.5.5 Se calcula el período de gestación, tomando en cuenta varios elementos:

- a) La edad de la mujer;
- b) El sexo y grado de fuerza del feto;
- c) La clase del cuerpo de la mujer, si es frío o caliente;
- d) La clase de la matriz de la mujer, si es 'de animal' o 'de oro';
- e) Si tiene matriz 'seca' o 'húmeda';
- f) Si es primigesta o multigesta.

6.2.7.5.6 No se entiende la hinchazón como un signo de riesgo. Como no habían casos de morbilidad materna que resulta de la hinchazón, habría que estudiar mucho más cómo se manejan estos casos, especialmente en relación con la aplicación de ciertos mates para acelerar el parto.

6.3 Las diferencias entre los dos lugares del estudio

También existen diferencias en las prácticas del parto entre las dos comunidades principales del estudio, que pueden influir al riesgo y posiblemente la tasa de mortalidad materna:

6.3.1 En Inka Katurapi existe un sistema de salud con más recursos formales relacionados con el parto, tanto recursos humanos en las parteras/os tradicionales como los sistemas de aprendizaje en el parto más formalizado y un amplio uso de recursos del lugar como las muchas hierbas medicinales.

6.3.2 Además, la construcción de la Posta Sanitaria por el proyecto CSRA, con su radio de comunicación y ambulancia visitante, parece tener éxito en reducir el riesgo de la mortalidad materna en el parto, dando más confianza a las mujeres del lugar de que no van a morir en el parto.

6.3.3 Por contraste, en Unkallamaya, por los varios procesos de desestructuración de la comunidad, más que todo la implementación de las prácticas de las sectas evangélicas, las

practicantes tradicionales de salud han desaparecido en los últimos años, y aunque ellos/as continúan usando un amplio sistema farmacéutico, principalmente de medicina herbal, la tasa de mortalidad parece más alta que en Inka Katurapi.

6.3.4 Así las mujeres de Unkallamaya se muestran resignadas en las prácticas del parto, prefiriendo dar a luz solas o en un contexto familiar nuclear, a pesar de los riesgos que esto implica. Solamente cuando surgen problemas graves, ellos acuden al sistema más formal de salud, en los hospitales de Viacha o La Paz.

6.3.5 Existen dos momentos distintos para cortar el cordón umbilical:

- i) Antes de la expulsión de la placenta;
- ii) Después de la expulsión de la placenta.

La primera es la práctica más común tanto en Unkallamaya como en las otras áreas aymaras tradicionales del estudio (por ejemplo Qaqachaka, depto. de Oruro, y los valles de Jukumani, en el depto. de Potosí). Se corta el cordón umbilical, mayormente con un instrumento que no sea metálico, y luego se lo amarra con un caito de llama al dedo gordo del pie derecho de la propia parturienta, hasta que salga la placenta. Se dice que si el cordón ‘sube’, la mujer va a morir. Parece que esta práctica de amarrar el cordón umbilical al pie fue introducida a los Andes por los practicantes de la medicina europea después de la invasión española, y que luego la gente andina ha desarrollado un discurso histórico vernáculo acerca de su uso, relacionándolo con los orígenes de sus antepasados, más que todo con el Mito del Origen del Inka que sale de una cueva.

La segunda práctica es favorecida por las parteras especialistas de Inka Katurapi, aunque tampoco es claro su origen. Así se espera la expulsión de la placenta antes de cortar el cordón umbilical y sólo si demora mucho el alumbramiento se lo corta antes. Las mismas parteras relacionan esta práctica con la reducción en la hemorragia postparto y así en la mortalidad materna, y por las cifras resultantes del estudio, parece que tal es el caso. Esta segunda práctica también sigue las indicaciones de las parteras profesionales y universitarias en otras partes del mundo.

6.4 Conclusiones finales y recomendaciones

El hecho de que las mujeres de las áreas del estudio, en su gran mayoría, prefieren continuar con sus normas culturales de salud en partos domiciliarios, aun sabiendo los riesgos, de sufrir el trato despectivo del personal médico de salud, privada y estatal, indica que las altas tasas de mortalidad materna van a continuar siendo la norma en el futuro inmediato. Como siempre van a ocurrir algunos casos de emergencia en el parto, y los muchos

recursos de las comunidades, en términos de salud y la medicina tradicional, no son adecuados actualmente para manejar todos los casos que se presenten, esta situación indica dos alternativas de acción:

- a) Se requiere más investigación sobre las técnicas y prácticas específicas de parto en el campo para luego ‘mejorar’ algunas y así rebajar la tasa de mortalidad materna;
- b) Se requiere, al mismo tiempo, un mejoramiento, tanto de los servicios de parto del sistema de salud pública como del propio personal médico, para así lograr un mayor grado de comunicación y diálogo entre los dos sistemas de salud: tradicional y estatal.

Como parte de este proceso, se necesita replantear el enfoque de parte del Estado a los sistemas de salud actuales en el área rural para aprovechar sus muchos recursos y conocimientos en el proceso de su mejoramiento y modernización.

6.4.1 Recomendaciones para los sistemas locales de salud materna

6.4.1.1 Por una parte, investigar más los métodos tradicionales de regulación de fertilidad usados por la gente de las áreas rurales dentro de su contexto social y cultural y, por otra, proveer información sobre los métodos modernos de la planificación familiar a la gente de las comunidades de las áreas rurales que la pidan.

6.4.1.2 Procurar el mejoramiento de suplementar la nutrición de las gestantes en ciertas zonas, como Unkallamaya y ayllu Qaqachaka, con sulfato de hierro.

6.4.1.3 Incorporar las mujeres del lugar, tanto las especialistas en salud como las gestantes mismas, en programas orientados a mejorar el sistema de salud local, como sugiere *Plan Vida*.

6.4.1.4 Mejorar los recursos locales en salud, como el sistema farmacéutico relacionado con el parto, quizás con el apoyo de los centros de salud y las escuelas del lugar.

6.4.1.5 Como una medida intermedia para casos de emergencia en las comunidades rurales alejadas, proveer una red de radio-comunicación con un centro de salud estatal/privado, cuya obligación sea la de estar de servicio en las 24 horas.

6.4.1.6 Con el apoyo de ‘expertos’ asignados por las comunidades rurales, desarrollar proyectos intercomunales e interculturales para compartir experiencias en la salud materna y comparar técnicas y prácticas apropiadas.

6.4.2 Recomendaciones para el sistema biomédico/estatal

6.4.2.1 Buscar el diálogo con respeto mutuo entre los dos grupos de practicantes de salud, tanto en la biomedicina como en la medicina tradicional, en cursos de orientación

ubicados en los locales de la gente del campo y no siempre en los centros de salud donde ellos/as generalmente se sienten cohibidos/as y desconfiados/as.

6.4.2.2 Como parte de la nueva política de educación, proveer cursos de antropología médica andina para el personal médico, tanto en las escuelas nacionales de medicina como en los cursos para enfermeros/as auxiliares y sanitarios/as del campo. Como parte de estos cursos ‘interculturales’, desarrollar facilidades para la investigación académica de las prácticas y técnicas del parto andino.

6.4.2.3 Proveer cursos en lenguas nativas para el personal médico, especialmente aquellos/as que están en contacto constante con la gente del campo.

6.4.2.4 Mejorar las facilidades de maternidad en los hospitales y clínicas urbanas, tomando en cuenta las normas de parto de la gente de origen rural, especialmente las posiciones de la parturienta y de los/las ayudantes, y el ambiente en general del parto.

6.4.2.5 Integrar fisioterapeutas y/o masajistas en los hospitales y clínicas urbanas como parte de su servicio en salud reproductiva a nivel prenatal, del parto y postparto.

6.4.2.6 Evitar la pérdida de tiempo y recursos nacionales en campañas equivocadas como la del ‘parto limpio’:

- a) El término mismo es algo ofensivo para la gente del campo con la implicación de que sus prácticas resultan en un ‘parto sucio’;
- b) En el proyecto, no existe evidencia de infecciones maternas causadas por las prácticas de las parteras/os tradicionales;
- c) Como las parteras/os tradicionales en todos los lugares del estudio tienen sus propias normas de higiene, tanto físicas como espirituales, habría que enfocarse en el mejoramiento de esas prácticas, en vez de pasarlas por alto;
- d) Como las parteras/os principales de cada lugar no ‘reciben la wawa con sus manos’, sino que dejan esta tarea a sus ayudantes o a los familiares de la parturienta, las necesidades de higiene son más extensas en toda la comunidad, por tanto sería mejor tratarlas en cursos sobre la higiene en general;
- e) El pretender reemplazar los implementos tradicionales para el parto: el caito, los pedazos de vidrio roto para cortar el cordón umbilical etc., (que son recursos primarios de la comunidad, a la vez accesibles y económicos para todos), con elementos ‘modernos’ y fuera del conocimiento y del alcance de la comunidad, parece una meta más política e ideológica, y no basada en las propias necesidades de la gente del campo. Por tanto, parece mejor acometer el mejoramiento de las prácticas del parto en el campo usando sus propios recursos y materiales, acompañado con cursos en esterilización de los utensilios etc.;

- f) Las personas que asisten a tales cursos de capacitación en el ‘parto limpio’ son en su gran mayoría gente joven, sin los conocimientos ni la experiencia en el parto necesarias y respetadas por la gente del campo. En los casos que conocemos, las jóvenes capacitadas en el ‘parto limpio’ no son aceptadas como parteras de prestigio en las comunidades y así los gastos para su formación resultan infructuosas.

