

1.1 El debate actual sobre las prácticas del parto

La publicación de *Plan Vida* en 1994, en Bolivia, abrió una nueva fase en las políticas y prácticas de la salud materna y del neonato; exigió además una reorganización del sistema de salud existente para incluir nuevas tareas y nuevos objetivos, incluyendo:

- La expansión de la infraestructura;
- Nuevos mecanismos para la recopilación de información estadística;
- El desarrollo de normas y protocolos nacionales para el embarazo y el parto;
- La evaluación constante de la eficacia del Plan.

El *Plan Vida* entró en su fase operativa durante un período de cambios en la política del parto en Bolivia. Por una parte, en aquel período, surgieron varios estudios respecto a las necesidades físicas y culturales de las mujeres aymaras y quechuas durante el embarazo y el parto ¹. Por otra, se pudo tomar en cuenta los estudios que hicieron obstetras y parteras en otros países, que se centraron en los partos normales sin intervención médica, y que enfatizaron el modelo “fisiológico” del parto y no así el manejo “activo”. Entre estos estudios, se cuenta con los trabajos pioneros de Caldeyro-Barcia (1960; 1980) y Schwarcz (1976), en Uruguay, sobre el valor de la posición vertical durante el trabajo de parto y la importancia de no romper las membranas artificialmente, además de las maneras de asegurarse que el trabajo de parto sea realmente eficaz, dure menos y sea menos doloroso.

En Bolivia, las implicaciones de estos trabajos, y el compromiso de los últimos dos gobiernos para con *Plan Vida*, han dado como resultado la publicación de varios documentos nuevos, tales como la *Norma boliviana de salud NB-SNS-02-96. Atención a la mujer y al*

¹ Ver por ejemplo CIAES (1991), Dibbits (1994), GS/Tahipamu (1994), ILCA (1995a y 1995b), Medicon (1994), MotherCare (1996), etc.

recién nacido: En puestos y centros de salud, y en Hospitales de Distrito (1996), Hacia una atención integral y humanizada de la mujer, Serie mejoramiento de la calidad educativa de la auxiliar de enfermera, No. 1. (1996) y Salud reproductiva: Manual para parteras comunitarias (1998).

En estos documentos, los cambios recomendados como ventajosos para las mujeres incluyeron:

- La adopción de la posición vertical o sentada en el parto;
- La práctica de una buena comunicación con las mujeres;
- Abandonar la rutinaria práctica de la tricotomía por innecesario e incluso coadyuvante a la infección;
- Abandonar la rutinaria práctica de la episiotomía por los mismos motivos;
- Dar a la parturienta líquidos endulzados durante el trabajo de parto para evitar la deshidratación y la hipoglicemia;
- Evitar el uso innecesario de específicos oxitócicos en el trabajo de parto.

Éstos son precisamente los pasos que se deben seguir durante el trabajo de parto “fisiológico”, que es el tema del presente estudio. El “manejo fisiológico del parto” (término acuñado por la partera profesional irlandesa, Begley, 1990), permite a las mujeres tener un parto más fácil y evitar las consecuencias iatrogénicas de intervenciones obstétricas innecesarias que han sido identificadas como aspectos del manejo “activo” en el parto ². La reevaluación de lo que constituye un parto “normal” o “fisiológico”, a diferencia del manejo “activo”, caracteriza los debates que se desenvuelven actualmente en los círculos obstétricos europeos, norteamericanos y australianos respecto a lo que pueda mejorar el bienestar de la parturienta (ver el Apéndice 6 para una descripción detallada de los modelos “activos” y “fisiológicos” del parto).

El proyecto de ILCA: “*Prácticas apropiadas para mejorar las condiciones de atención postnatal de las mujeres bolivianas*”, auspiciado por la Embajada de los Países Bajos en 1998, tuvo el objetivo de introducir este debate en Bolivia. El debate se centra en dos estudios recientes que cuestionan ciertos aspectos claves de las prácticas obstétricas actuales (todavía no evaluadas), en relación a la etapa de la expulsión de la wawa. Habría que tomar en cuenta que el criterio actual de los obstetras, basado en el modelo del manejo “activo” del parto, se fundamenta en la idea de que la segunda etapa deberá terminar lo más pronto posible, puesto

² Ver por ejemplo Inch (1989), Wagner (1994) y Enkin et. al. (1995).

que supone un alto riesgo para el neonato. Es así que la práctica recomendada ha sido la de hacer pujos “directos”, de modo que el médico instruye a la parturienta pujar una y otra vez.

El primero de estos dos estudios recientes, demostró que la práctica obstétrica de ordenar el pujo “directo” dio como resultado una reducción leve en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto, pero a cambio de un incremento en los traumatismos vaginales y perineales, como resultado de los pujos forzados (Palmer, 1996). A diferencia, el hacer pujos espontáneos (esto es dejar que la mujer pujan en respuesta a sus contracciones) disminuye esos traumatismos y además el cansancio de la madre; es así que reduce los cambios negativos en la oxigenación y en el ritmo cardíaco del bebé.

El segundo estudio, que consiste de una revisión de pruebas esporádicas y controladas de la posición vertical para el parto, reafirmó el hecho de que las mujeres que usan esta posición sufren menos traumatismos perineales y vaginales; menos incomodidades y dolores agudos; menos edemas de la vulva e infecciones de las heridas; una menor duración de la segunda etapa; y una proporción menor de partos anormales (Draper y Newell, 1996).

Fuera del país, se ha llevado a cabo estudios de esta naturaleza apoyados por la existencia de recursos abundantes para establecer pruebas controladas tomadas al azar para evaluar a cabalidad las prácticas obstétricas y, de este modo, actualizarlas. También se llevaron a cabo en contextos donde existen grupos grandes de parteras profesionales capacitadas para atender partos normales. Sin embargo, la situación en Bolivia es muy diferente: existe una carencia de fondos para llevar a cabo investigaciones rigurosas, una carencia de parteras profesionales y una insuficiencia de cobertura médica para toda la población de mujeres en estado de gravidez. En vista de esta realidad, se hace tanto más vital que los nacimientos fisiológicos tengan apoyo y que los recursos obstétricos, tan escasos, se reserven para las situaciones complicadas y de emergencia en los partos.

La otra gran diferencia dentro del contexto boliviano, radica en el conjunto de diferencias culturales que hacen que el criterio obstétrico para los partos normales sea inaceptable para la gran mayoría de las mujeres de las comunidades rurales indígenas. Sus preferencias por las prácticas culturales en el parto —por ejemplo la de mantenerse abrigada, adoptar una posición vertical o de cuclillas durante el parto y pedir que se le devuelva la placenta— deben ser respetadas e incorporadas en la enseñanza médica, una razón por la cual la nueva *Norma boliviana de salud* es un avance muy positivo.

Entonces, los cambios recientes en Bolivia significan que, en teoría, se toman en cuenta, en el sector formal de salud, las prácticas culturales importantes para las parturientas andinas, tales como mantenerse abrigada durante el trabajo de parto y la devolución de la placenta a la madre; de esta manera, se cuida el estado psicológico de la parturienta y se le

permite un parto más soportable. Es así que las políticas nacionales bolivianas sobre la salud se rigen por los criterios de lo que Roberto Caldeyro-Barcia (1994) y Marsden Wagner (1994) llama el “modelo social del parto”, en que se presta atención a todos los aspectos del bienestar de la mujer para asegurar los mejores resultados para ella y su wawa. Por estas razones, en el contexto boliviano, el “modelo social del parto” debe incluir aspectos de ambos sistemas de cuidado de salud y ambos sistemas de conocimiento: el biomédico y el tradicional andino.

Por todo ello, planteamos que los recursos no descubiertos en las comunidades andinas, combinados con los cambios recomendados en las normas nacionales, podrían abrir un nuevo camino hacia la modernización de ambos sistemas de salud materna que tome en cuenta no sólo el bienestar de las grávidas (física-, psicológica- y socialmente) sino también el rol del obstetra. Pues si se aplicaran los progresos habidos en otras partes del mundo, entonces el obstetra pasará de ser director de un equipo médico que relega la parturienta a un rol secundario y pasivo, a formar parte vital de un equipo profesional proveedor de las necesidades de salud de las mujeres bolivianas, en un contexto multicultural. En este sentido el conocimiento biomédico abre las puertas a otras fuentes de conocimiento, de tal manera que el cuidado de la salud materna debe incluir no sólo las capacidades biomédicas sino también las capacidades de la propia parturienta. Por eso es necesario comparar los dos sistemas de salud y además saber apreciarlos en su conjunto y no en los términos aislados de una u otra práctica.

Según estas nuevas directivas, un mejor manejo del parto debería aprovechar las posibilidades de cada mujer en sus dolores y en el parto en sí, en vez de seguir un texto de procedimientos normalizados. El reto principal es el de saber adaptar las prácticas médicas del parto para responder a lo que se percata con ojos, oídos y manos, trabajando juntamente con la madre en el trabajo de parto para así lograr los mejores resultados para ella. Una parte de este reto consiste en acomodarse a las prácticas del modelo “fisiológico” del parto en vez del manejo “activo” que actualmente se usa en los hospitales de Bolivia.

Por otra parte, en muchos aspectos las ventajas y desventajas de los dos sistemas del manejo del parto (el “fisiológico” y el “activo”) coinciden con diferencias en las prácticas de los dos sistemas de salud en Bolivia: el biomédico y el tradicional andino. El mismo reto de cómo integrar y así modernizar los dos sistemas de salud ocurre actualmente en muchos otros países de América Latina, Europa y los EE.UU.

1.2 Los resultados del proyecto anterior (1993-1996) respecto a las prácticas perinatales y la necesidad de conducir investigaciones nuevas

El presente proyecto se basa en los resultados de un proyecto anterior más amplio (*Hacia la reducción de la mortalidad materna: prácticas apropiadas del parto*, auspiciado por la Unión Europea) que se llevó a cabo entre 1993 y 1996 con la colaboración de colegas

médicos y equipos de CIES en La Paz, TIFAP en Sucre, y las Universidades de Trinity College Dublin, República de Irlanda, y St. Andrews, Escocia. En aquel proyecto, se investigaron zonas rurales habitadas por quechua y aymara hablantes en los departamentos de Oruro, La Paz y el norte de Potosí; áreas periurbanas de La Paz y Sucre, además de algunas prácticas hospitalarias en las ciudades de La Paz y Sucre, y surgieron las siguientes propuestas:

- Prestar mayor atención a las prácticas y necesidades culturales de las mujeres rurales en los hospitales para disminuir su temor al parto hospitalario y así mejorar la calidad del cuidado en el mismo;
- Otorgar mejores oportunidades para un diálogo intercultural acerca del parto;
- Elaborar medidas para contener la disminución en el número de las parteras tradicionales en las áreas rurales y reconsiderar sus prácticas en comparación con el manejo fisiológico del parto;
- Elaborar medidas conducentes a mejorar la provisión para emergencias obstétricas;
- Elaborar métodos de investigación sobre los diferentes sistemas del manejo de la placenta.

Los resultados de esta investigación se presentaron en diversos informes (ILCA, 1995a, b y c; Bradby y Murphy-Lawless, 1966; Murphy-Lawless, 1998b, etc.), y libros: *Ser Mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*, compilado por Silvia Rivera (en el ensayo de Arnold y Yapita, 1996), *Reading Birth and Death*, por Jo Murphy-Lawless (1998a), *Río de vellón, río de canto. Cantar a los animales, una poética andina de la creación*, por Arnold y Yapita (1998), y *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*, por Arnold y Yapita, con Tito (1999).

La necesidad de mayor investigación respecto a la expulsión de la placenta demostró tener importancia especial en cuanto a la salud materna. Según las autoridades biomédicas, el 90% de las hemorragias postnatales se deben al hecho de que no se produce la contracción del útero (Hibbard, 1988: 677). Además, existen datos a nivel internacional que señalan que la hemorragia, en especial la del postparto, es la causa primordial de las muertes maternas³. En Bolivia también existen evidencias de que la hemorragia postparto es un factor significativo en la muerte materna⁴.

En contraposición al modelo activo del manejo del parto, algunos médicos y ayudantes de obstetricia pretenden establecer un sistema mediante el cual se usan todos los elementos

³ Ver Kwast (1991a, 1995), Maine (1991), UNICEF (1996), etc.

⁴ Ver por ejemplo Howard-Grabman (1993: 9, 71), Torrico (1995, nota 45), Solle de Hilari (1994: 19), etc.

que puedan llegar a afectar a la tercera etapa del parto, como una fase interdependiente en sí. Basándose en estas consideraciones, las recomendaciones para que se establezca un manejo fisiológico de la tercera etapa, comprenden:

- Evitar el uso de medicamentos profilácticos que contengan oxitocinas;
- Evitar la aplicación de presión en la parte superior del útero (“fundal”);
- Abstenerse de sujetar o cortar el cordón umbilical antes de que la placenta sea expulsada;
- Dejar de practicar la tracción de control del cordón.

Por otra parte, se recomienda a la parturienta recurrir a su propio esfuerzo además de la fuerza de la gravedad para expulsar la placenta, y empezar a dar pecho al niño una vez que el cordón haya dejado de latir, para así estimular la producción fisiológica de oxitocinas (Gyte, 1994).

El punto más debatible en el sistema fisiológico es relativo a la tercera etapa, esto es en qué momento se debe cortar el cordón y dar pecho al niño por primera vez para así obtener el máximo beneficio de la producción de oxitocinas que se liberan con la succión del bebé. Aquellos a favor del sistema fisiológico, arguyen que el hecho de cortar el cordón umbilical antes de la expulsión de la placenta, altera los volúmenes de sangre que circulan entre madre y wawa, evitando que la parturienta se beneficie del proceso que ocasiona el desprendimiento natural de la placenta de la pared uterina. Dicho de otro modo, el cortar y sujetar el cordón prematuramente conlleva a una prolongación de la tercera etapa y a una pérdida considerable de sangre, contribuyendo así a que sucedan más casos de hemorragias postnatales y de retención de placenta ⁵.

En relación a las prácticas de la tercera etapa del parto en general y a las hemorragias postnatales en particular, los datos del proyecto anterior auspiciado por la Unión Europea señalaron puntos de referencia claves para la elaboración de estrategias para mejorar el margen de seguridad en la expulsión de la placenta:

1. En los partos domiciliarios rurales en el altiplano, es común dar a luz y luego dejar que el marido u otro pariente ponga a la wawa a un lado y luego corte el cordón. La mujer luego se ciñe una faja o bufanda para ayudar a la expulsión de la placenta.

⁵ Ver Botha (1968), Inch (1989, 1990), Begley (1990, 1998), etc. Botha (1968) señala que la práctica de cortar el cordón umbilical, no existía entre los Bantu antes de la llegada de la medicina de tradición occidental y no se conocían problemas de retención de placenta. Sin embargo, con la introducción de la práctica de corte prematuro del cordón umbilical, los casos de retención de placenta y las hemorragias postnatales pasaron a ser factores significativos en la cuestión de la salud materna.

2. Una práctica adicional es la de amarrar el cordón al dedo gordo del pie derecho de la parturienta con un caito (hebra de lana natural de llama), para facilitar una forma de tracción controlada del cordón (a veces acompañada por frotamientos o masajes al abdomen) y así lograr la expulsión de la placenta. Se evita además que el cordón vuelva a introducirse al útero.
3. En otras comunidades, no se corta el cordón sino después de la expulsión de la placenta. Pero cuando la placenta demora mucho para salir, se corta el cordón y se da a tomar mates para estimular la expulsión. (Se usan mates comúnmente para facilitar la expulsión de la placenta en caso de retención).
4. De 161 mujeres que dieron a luz en casa, el 81% expulsaron la placenta durante la primera hora después del parto y 11.4% en el transcurso de pocas horas siguientes.
5. Además observamos una diferencia significativa en el tiempo de la expulsión de la placenta entre las comunidades que practican, respectivamente, el corte “tardío” y el “anticipado” del cordón. Por ejemplo, en la comunidad de Inka Katurapi (Provincia Omasuyos), donde se acostumbra cortar el cordón “tardíamente”, una sola mujer (de las 26 dentro de nuestra encuesta) esperó más de una hora para la expulsión de la placenta.

También se hizo una pequeña muestra comparativa con 48 mujeres (22 de la comunidad de Unkallamaya, Provincia Ingavi, y 26 de Inka Katurapi). En la primera comunidad, se suele cortar el cordón antes de la salida de la placenta y en la otra, después. Los resultados son los siguientes:

Cordón cortado antes de expulsar la placenta		Cordón cortado después de expulsar la placenta	
Tiempo para expulsar	No. de mujeres	Tiempo para expulsar	No. de mujeres
Inmediatamente	4	Inmediatamente	8
hasta 1/2 hora	8	hasta 1/2 hora	10
hasta 1 hora	5	hasta 1 hora	7
unas horas	4	unas horas	1
un día	1	un día	0
Total	22	Total	26

(origen: Bradby 1996: 62)

6. Las mujeres que adoptaron la posición vertical tuvieron un efecto favorable en cuanto al tiempo de la expulsión: 21 mujeres que optaron por la posición de sentadas durante el parto y la salida de la placenta, expulsaron la placenta en el lapso de una hora; 17 de estas mujeres expulsaron en un lapso de media hora (Bradby, 1996: 63).
7. Se observó el uso de mates durante el período del postparto para “limpiar” y “desinfectar” el cuerpo y así evitar infecciones (ILCA, 1995b: 101).

Por tanto, en la presente serie de talleres, esperábamos conversar con mujeres y parteras en comunidades rurales para saber más sobre las prácticas del parto que producen ventajas fisiológicas vitales a mujeres y que les ayuden a tener un parto más sano y con mejores resultados tanto para ellas como para sus niños. Además quisimos oír de las propias mujeres rurales sus descripciones en cuanto a cómo expulsar la placenta y cómo evitar

- La retención de la placenta;
- Las hemorragias;
- El sobreparto (infección).

También, dados los estrechos paralelos entre ciertos aspectos de las prácticas aymaras del parto y aquellos asociados con el modelo fisiológico, quisimos consultar con las autoridades médicas en cuanto a nuestros resultados y así dar lugar a un debate similar a los que se llevan a cabo en otras partes del mundo sobre los valores del modelo fisiológico del parto.