

7 INFORMES DE LOS TALLERES: CON PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMERAS Y AUTORIDADES EN CUIDADOS MATERNOS

El programa para estos talleres (ver Apéndice 3) se concentró en una presentación más formal de los temas cubiertos en los talleres rurales y también la presentación preliminar del análisis de datos de estos talleres.

El equipo se mostró particularmente preocupado en abrir el diálogo en diferentes frentes:

- Considerar el tema de la modernización de las prácticas de los cuidados obstétricos coincidentes con la investigación emergente de los modelos fisiológicos del parto;
- Presentar datos de los talleres con las mujeres rurales sobre los puntos coincidentes entre las prácticas del parto, fisiológicas y aymaras;
- En base a estos datos, cerciorarse de la legitimidad e importancia de las prácticas aymaras del parto para proteger la salud materna;
- Buscar la forma de obtener un mayor reconocimiento oficial y apoyo a estas prácticas aymaras en el sistema formal de salud;
- Replantear el tema de “parto limpio” en el sistema formal de salud, para reevaluar sus propias prácticas al respeto, y analizar nuevamente cómo se percibe el “parto limpio” en las áreas rurales;
- Replantear la necesidad de parteras profesionales en todo Bolivia;
- Y, finalmente, replantear el tema vital del lenguaje y el trato social en las interacciones entre los encargados del sistema de salud formal y las mujeres rurales.

7.1 El Taller en La Paz

Considerando la naturaleza de estos temas relacionados entre sí, la Dra. Arnold mostró primero un cuadro de los actores principales que participan en los asuntos del parto actualmente en Bolivia, lo que también incluyó parteras profesionales que, en la actualidad, no figuran en el sistema de salud formal en Bolivia. Un propósito del cuadro fue determinar los espacios donde se podría establecer un diálogo entre las seis categorías de practicantes de parto, respecto a sus sendas prácticas (Apéndice 5). Otro fue el de demostrar cuáles grupos atienden los partos normales y, en caso de que surgiesen complicaciones, a dónde se transfiera a la parturienta. El cuadro también demuestra cuáles practicantes tienen coincidencias en vista de sus experiencias en el manejo de partos complicados: a un extremo las parteras/os empíricas/os y, al otro, los obstetras biomédicos. Cada uno de estos dos grupos posee criterios muy diferentes para encarar las complicaciones, pero la Dra. Arnold señaló que estas diferencias abren el camino para un diálogo extenso y un proceso de aprendizaje mutuo.

Luego, la Lic. Amanda Risser planteó una comparación detallada de los diferentes modelos de parto: el activo, el fisiológico y lo que denominamos “el aymara” (Apéndices 6 y 7), seguida por una explicación del manejo fisiológico de la placenta, que se basó en referencias científicas muy recientes (Apéndice 8).

Después, la Sra. Oudshoorn describió el manejo de partos normales en los Países Bajos. Trató de las prácticas del parto fisiológico, en base de su propia experiencia como partera médica profesional y sus 20 años como directora de una unidad materna y una escuela de parteras. Según explicó, la política de salud en Holanda es que, después de un embarazo de 37 a 42 semanas, el trabajo del parto constituye un hecho fisiológico, mediante el cual la madre expulsa el feto por el canal del parto, y que este proceso no requiere de intervenciones quirúrgicas ni de repetidos tactos vaginales. En cambio, las parteras profesionales holandesas, con el conocimiento y la experiencia de este proceso, rigen la atención a la mujer dentro del marco de que se debe respetar el propio ritmo de cada parturienta. Hay partos lentos y partos rápidos; como en todo el mundo, cada mujer es diferente.

Según ella, el reducir el riesgo de la mortalidad materna no sólo depende de las intervenciones médicas, sino también de otros factores como son: la buena nutrición de la mujer durante el embarazo y el período del postparto, una buena salud materna en general, una menor paridad y más espacio intergenésico. Si se cumplieran con estos parámetros, entonces habría menos necesidad de intervenciones obstétricas y mayores posibilidades para fomentar el manejo fisiológico del parto.

Como partera profesional, la Sra. Oudshoorn aprecia los procesos de la reproducción como manifestaciones humanas según la visión social del parto fisiológico. Se respeta la capacidad de las mujeres para dar a luz espontáneamente y su plena confianza en su propio

ritmo. Recalcó el respeto mutuo entre la partera y la mujer, la calidez en las relaciones humanas y la buena comunicación entre ellas, que depende en parte del idioma que se use. Ha trabajado en una región donde se hablan tres idiomas y existen tres culturas distintas (holandés, alemán y flamenco). Según sus observaciones, los mejores resultados en el parto, provienen de los equipos de médicos, enfermeras y parteras que trabajan de manera multicultural y multilingüe. A diferencia del enfoque anterior, en el manejo activo del parto se considera a la mujer como un objeto que conducir y controlar. Existe una menor autonomía para la mujer, una menor comunicación entre la mujer y el obstetra, y menos respeto por la cultura de la mujer, en especial cuando ésta proviene de uno de pueblos originarios o indígenas de Bolivia. De esta manera, los problemas sociales (y psicológicos) se traducen en problemas médicos, que se somatizan como problemas mayores en el parto. Por tanto, los resultados del manejo activo del parto son menos positivos, tanto para la mujer como para la wawa.

La Sra. Oudshoorn proyectó una serie de videos de partos holandeses tanto en hospitales como en hogares, donde se empleó el modelo fisiológico. Estos videos, juntamente con las presentaciones anteriores, dieron lugar a un debate muy animado. Los intereses y las preocupaciones de los obstetras practicantes entre la audiencia, se centraron en los siguientes conceptos médicos:

- Que la posición vertical en el parto podría dar lugar a mayores rupturas o desgarros;
- Que de la posición vertical en el trabajo de parto, podrían derivar problemas graves de prolapso del útero e incontinencia;
- Que de la posición vertical podrían producirse hematomas en el neonato como resultado de una presión prolongada al perineo;.
- Que la dosis fisiológica completa de sangre que pasa de la madre a la wawa, podría provocar un incremento inaceptable en el recuento de la bilirubina;
- Que las mujeres rurales, tanto aymaras como quechuas, parecen tener la pelvis más estrecha y, por tanto, presentan mayor incidencia de dificultades en el parto;
- Que entre esta misma población de mujeres, también existen muchos casos de trabajo de parto prolongado, que presentan problemas graves de mortalidad perinatal, por lo que no se debe descuidar la salud de la wawa.

No todos los obstetras presentes estuvieron de acuerdo con estas opiniones y algunos expusieron puntos de vista alternativos. Por ejemplo, uno de los médicos describió los cambios en la *Norma boliviana de salud* y su promoción de la posición vertical. En este

intercambio de ideas, Dra. Murphy-Lawless respondió a un sinnúmero de puntos, enfatizando la evidencia de pruebas controladas, tomadas al azar, basada en investigaciones recientes, sobre los temas de la posición vertical en el parto, la transfusión materno-fetal y la gravedad de las heridas perineales que resultan de la episiotomía, en comparación con los simples desgarros.

Sobre el tema de la cultura y el idioma aymara, y la importancia de trabajar con mujeres aymaras dentro de sus propios términos de referencia, la Lic. Alexia Escobar, de Family Care International, y la Lic. Verónica Kaune, de MotherCare, opinaron enfáticamente a favor de una mayor atención a la cultura y el idioma al impartir la capacitación del personal que trabaja en el sistema formal de la salud. Sus comentarios fueron respaldados por la Sra. Laura Cao, partera profesional quien citó de su trabajo en México.

Luego la sesión pasó a una serie de sugerencias presentadas por la Dra. Arnold:

- Reforzar determinadas prácticas ventajosas del manejo fisiológico del parto, tales como la posición vertical en el parto y el corte tardío del cordón, todo de acuerdo con la enseñanza y el desarrollo señalado en la *Norma boliviana de salud NB-SNS-02-96. Atención a la mujer y al recién nacido: En puestos y centros de salud y en los Hospitales de Distrito.*
- Considerar la fundación de una escuela para la capacitación de parteras profesionales en los niveles 1 y 2 del sistema de salud en los casos de los partos normales. De esta manera se podría optimizar y ahorrar en los recursos médicos para los casos patológicos de parto.

Se recalcó que la enseñanza de estas parteras médicas profesionales se basaría en los criterios de una educación académica con una duración de por lo menos 4 años, en una nueva facultad del sistema universitario boliviano. Con la formación de parteras profesionales, sería más fácil crear un puente entre los médicos y los expertos rurales en la salud materna.

También sería más práctico facilitar la comunicación a nivel social, cultural y lingüístico entre las parteras profesionales y las parteras empíricas de las áreas rurales.

- Para atender el porcentaje de casos de emergencia obstétrica, proveer aparatos radio transceptores en las postas de salud de las comunidades rurales alejadas, con una conexión confiable a un centro de salud estatal que tuviera la obligación de servir a la comunidad, sin tomar en cuenta la hora o las dificultades físicas.

- Mejorar la alimentación de las mujeres en determinadas zonas, especialmente durante el embarazo.
- Considerar las investigaciones científicas más recientes sobre el manejo fisiológico del parto, por ejemplo la Base de Datos Cochrane y el Grupo de Embarazo y Parto que tiene contactos con países de habla hispana como Colombia, Uruguay y Argentina. Estos se pueden encontrar a través del INTERNET y también por el correo electrónico, en la siguiente dirección: sonjah@liverpool.ac.uk

El Profesor Juan de Dios Yapita culminó la sesión con el pedido para un diálogo intercultural más amplio.

7.2 El Taller en Oruro

Como resultado del análisis de parte del equipo del taller en La Paz, se elaboraron dos documentos nuevos que se entregaron como folletos en el siguiente taller en Oruro: el uno se refiere al manejo de la posición vertical en el parto (ver Apéndice 9) y el otro incluye un resumen, en castellano, de los últimos resultados de investigaciones en Europa sobre algunos temas que han surgido entre las autoridades médicas (ver Apéndice 12).

El programa asignado a Oruro mantenía el mismo formato amplio, pero eran muy diferentes los temas abarcados por los practicantes médicos y enfermeras, que expresaban un interés sobre los siguientes puntos:

- La variación entre las tasas de la intervención cesárea en los hospitales bolivianos (públicos y privados) y, en general, los índices crecientes de estas prácticas;
- Los problemas de la continua morbilidad y mortalidad materna como resultado de la pobreza;
- La carencia de recursos en el sector formal de salud;
- La falta de educación entre las mujeres de las áreas rurales que las inhibe de tomar medidas para mejorar sus niveles de salud;
- Los problemas derivados de los altos índices de natalidad.

7.3 Resumen de los resultados de los talleres médicos

Se vio un apoyo general sobre la naturaleza intercultural de los talleres. También fue evidente el vivo interés en los videos que se proyectaron como material didáctico. Además, los profesionales médicos participantes en el taller se mostraron muy receptivos a un espacio de debate sobre políticas y prácticas de salud. Surgieron debates detallados a nivel de las

prácticas médicas específicas y, por otra parte, diferencias de opinión entre diversas disciplinas y subdisciplinas, p.ej. entre obstetras y pediatras.

El equipo recalcó que las prácticas fisiológicas del parto en otros países, por ejemplo en los Países Bajos, tendrían que adaptarse a las necesidades de las mujeres bolivianas. En el caso de las mujeres en las áreas rurales, es necesario que se reconsidere los siguientes puntos:

- El ambiente de la sala de partos (luz baja, calefacción, etc.);
- La vestimenta preferida de la parturienta;
- La manera cómo se manipula la placenta (las mujeres de las áreas rurales tienen un tabú de ver la placenta o al recién nacido empapado en sangre);
- En vez de insistir en el amamantar inmediatamente, considerar más bien el estímulo manual de los pezones para facilitar la expulsión de la placenta;
- La presencia del esposo u otros miembros de la familia y la partera empírica, que escoja la propia parturienta.

En el contexto de estas necesidades, el equipo consideró que los partos domiciliarios que se mostraron en el video japonés, proponen un modelo más apropiado para la implementación de estos cambios, puesto que se conserva la privacidad y ambiente oscuro que constituye una parte esencial de la cultura aymara.