

La necesidad de proyectos de Maternidad Segura, a nivel internacional y en respuesta a los elevados índices de morbi-mortalidad entre las mujeres embarazadas, surge de los siguientes factores:

- Las mujeres que no poseen métodos adecuados y seguros para controlar la fertilidad;
- Las mujeres que no gozan de buena salud en general durante sus años reproductivos como consecuencia de la pobreza;
- Las mujeres que no tienen acceso a servicios obstétricos de emergencia de alta calidad, muestran graves complicaciones en un 15% de los nacimientos ¹.

En el transcurso del Siglo XX y en forma histórica, la disminución en los índices de morbilidad y mortalidad materna en los países desarrollados surgió por una combinación de los siguientes factores:

- En general, la salud mejoró mucho, debido a niveles más altos de nutrición y vivienda;
- El control seguro y eficiente de la fertilidad femenina gracias a los medios seguros de contracepción y de abortos legales;

¹ Ver Kwast (1991b), Maine (1991), etc.

- El control de enfermedades infecciosas;
- Las disposiciones para el cumplimiento del régimen aséptico en los hospitales;
- La introducción de antibióticos para el control de infecciones puerperinas, incluyendo infecciones contraídas en operaciones obstétricas; y
- La disponibilidad creciente y la efectividad en los procedimientos obstétricos de emergencia ².

No existe en Bolivia un programa para el cuidado en la salud materna que reúna a todos esos criterios, de manera que podemos suponer que aquí, como en los países desarrollados a principios del Siglo XX, el proceso de lograrlo será lento ya que las acciones se mantendrán fragmentadas.

El presente proyecto se llevó a cabo en respuesta a ese proceso lento y en busca de estrategias de apoyo para las mujeres aymaras en áreas rurales, en vista de los constantes obstáculos que impiden el logro total de todo lo ya mencionado. Mucho de esto escapa de su control, aunque el tema de una nutrición mejor puede ser encarado por las comunidades (como lo demuestra el proyecto de tejidos de Liwich'uku). Habría que notar que este factor de mejor nutrición generalmente se ha pasado por alto en los programas de Maternidad Segura, a favor del modelo curativo/obstétrico occidental y en perjuicio de las mujeres (ver Merchant, 1993).

El criterio básico del equipo del proyecto responde al siguiente argumento: aparte de los esfuerzos de las propias mujeres aymaras de gozar de una nutrición mejorada y practicar un control de la natalidad, son las prácticas de apoyo en el parto, estudiadas en forma científica, que pueden ayudarlas a lograr mejores resultados en el parto y reducir los índices de riesgo de morbilidad y mortalidad materna. De allí que es de importancia crucial el investigar los aspectos en las prácticas aymaras del parto que coinciden con lo que se ha llegado a denominar el “modelo fisiológico de manejo del parto”. Nuestro enfoque específico es el manejo de la placenta, en vista de los graves problemas que pueden encarar las parturientas cuando ésta se retiene, y se produce un sobreparto o una hemorragia grave en el postparto.

Los talleres rurales señalaron que las mujeres aymaras poseen un buen conjunto de métodos para el manejo de la placenta (ver sección 6.4, arriba). En forma crítica, revelaron que las mujeres suelen cortar el cordón de manera “fisiológica” cuando ésta ha dejado de latir, y con frecuencia hasta 10 minutos después del parto. Las mujeres también estaban dispuestas a considerar el masaje de los pezones después del parto, para ayudar a la expulsión de la placenta, estimulada por las oxitocinas.

² Ver Oakley (1976), McKeown (1988), Dye (1991), Tew (1995), Murphy-Lawless (1998a), etc.

Sin embargo, los trabajos de investigación en los hospitales y los talleres que se sostuvieron con la presencia de autoridades médicas, revelaron un desconocimiento considerable respecto al manejo fisiológico del parto y las recientes investigaciones científicas sobre este método de manejo. Aún más, revelaron una falta de conocimiento en la enseñanza y la práctica de las reglas de la nueva *Norma*. Por ejemplo, el uso de la posición vertical en el parto fue muy resistido debido al temor de que produce muchos desgarros. Aquí nuevamente surgió un vacío en el conocimiento de los resultados recientes de la investigación científica en torno a cuál es la posición más ventajosa para el parto.

El proyecto ha señalado puntos en que las prácticas aymaras del parto han coincidido con el manejo fisiológico, que es producto de la investigación científica. En este punto, el tema es cómo se puede lograr la aceptación estatal de estas prácticas. El proyecto actual de MotherCare que opera en cinco distritos y con el concurso de 300 trabajadores de salud ya capacitados, trata temas como la posición vertical para el parto en las postas y los hospitales. El trabajo de capacitación de este tipo, debe ampliarse para adoptar buenos métodos de enseñanza al personal hospitalario, enfermeras, enfermeras auxiliares y sanitarios, sobre todo en el manejo fisiológico del parto.

En los centros hospitalarios, el equipo de apoyo para el parto en posición vertical está virtualmente ya instalado, pues supimos que las mesas de parto existentes en los consultorios ginecológicos clásicos, pueden ser adaptadas rápidamente para este propósito. Las enseñanzas sobre cómo apoyar a la mujer en la posición vertical, deben ser incluidas en los programas médicos y de enfermería, aunque es interesante notar que el sanitario de la comunidad de Liwich'uku ha brindado apoyo a parturientas en la posición vertical sin dificultades y en respuesta a sus solicitudes (ver también Apéndice 9).

Aparte de las recomendaciones que ya hicimos llegar a las autoridades de salud (ver sección 7.1, arriba), las siguientes recomendaciones están basadas en nuestros trabajos de campo. Las primeras cinco representan recomendaciones generales dirigidas a las autoridades sanitarias, en tanto que las demás son para la Embajada de los Países Bajos respecto a las necesidades específicas y el trabajo en el futuro.

1. Mejorar el trato otorgado a las parturientas en las postas sanitarias, los distritos y hospitales principales de enseñanza.
2. Reforzar las nuevas reglas contenidas en la *Norma boliviana de salud*, especialmente el evitar la tricotomía y las episiotomías rutinarias, y el aceptar la posición vertical en el parto.
3. Incluir en los programas médicos, la enseñanza del modelo fisiológico en el manejo del parto.

4. Fomentar el diálogo entre los diferentes practicantes del parto, por una parte los obstetras, ginecólogos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, y, por otra, las parteras empíricas y capacitadas.
5. Incluir cursos en antropología médica en el currículo médico.
6. Incluir en el currículo médico, cursos obligados de aymara o quechua.

Las recomendaciones específicas para la Embajada de los Países Bajos incluyen lo siguiente:

1. Proporcionar los costos de traducción de algunos trabajos claves (cinco artículos importantes y un texto) sobre el pensamiento obstétrico actual respecto al manejo fisiológico del parto, para el uso en las facultades de medicina y enfermería.
2. Proporcionar fondos para un estudio detallado sobre el conjunto de técnicas de masajes que las parteras empíricas usan durante el embarazo y el parto, para luego compararlas con los métodos occidentales de manipulación de músculos y huesos, y así determinar sus respectivos valores terapéuticos.
3. Proporcionar fondos para un estudio comparativo del “parto limpio” desde la perspectiva de las comunidades rurales tradicionales y las prácticas médicas hospitalarias.
4. Proporcionar fondos para un proyecto piloto que permita a las parteras empíricas de las áreas rurales remotas, impartir sus habilidades a mujeres más jóvenes que deseen seguir esta profesión y así ayudarlas a contrarrestar la disminución de sus números.
5. Financiar un estudio de factibilidad para el establecimiento de una escuela académica formal para parteras profesionales en Bolivia.