

MUJERES DEL VIENTO

Estudio cualitativo de mortalidad materna
Trópico de Cochabamba - Norte y Centro de Potosí

Marcos Paz Ballivián



Mujeres del viento
Estudio cualitativo de mortalidad materna
Trópico de Cochabamba - Norte y Centro de Potosí

Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo es el primer postgrado en la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) especializado en estudios del desarrollo; por su carácter multidisciplinario depende del Vicerrectorado de la UMSA. Tiene como misión formar recursos humanos para el desarrollo y contribuir a través de la investigación y la interacción social al debate académico e intelectual en torno a los desafíos que experimenta Bolivia y América Latina, en el marco del rigor profesional y el pluralismo teórico y político y al amparo de los compromisos democráticos, populares y emancipatorios de la universidad pública boliviana.

Cuidado de edición: Martín Zelaya

Coordinadora de la publicación: María Dolores Castro

Esta publicación ha sido posible gracias a la cooperación Recursos Francia y UNICEF al Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal del CIDES-UMSA

© CIDES-UMSA, 2017

Primera edición: agosto, 2017

D.L.: 4-2-
ISBN: 978-99974-

Impresión:
Editorial Presencia S.R.L.

Impreso en Bolivia

ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	5
PRESENTACIÓN.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO.....	13
3. PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LAS REGIONES.....	23
3.1. Trópico de Cochabamba.....	24
3.2. Norte de Potosí.....	32
3.3. Centro de Potosí.....	36
4. CAUSAS MÉDICAS DE MORTALIDAD MATERNA.....	43
4.1. Trópico de Cochabamba.....	43
4.2. Norte de Potosí.....	50
4.3. Centro de Potosí.....	54
5. DEMORAS EN LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.....	59
5.1. Trópico de Cochabamba.....	59
5.2. Norte de Potosí.....	62
5.3. Centro de Potosí.....	65
6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y ENFERMEDADES QUE INCREMENTAN LOS RIESGOS.....	71
6.1. Trópico de Cochabamba.....	71
6.2. Norte de Potosí.....	75
6.3. Centro de Potosí.....	79

7.	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, TRASTORNOS EMOCIONALES Y HÁBITOS INSALUBRES	87
	7.1. Trópico de Cochabamba.....	87
	7.2. Norte de Potosí.....	92
	7.3. Centro de Potosí.....	94
8.	CONDICIONES DE VIDA, CULTURA, MIGRACIÓN Y MEDIO AMBIENTE.....	103
	8.1. Trópico de Cochabamba.....	103
	8.2. Norte de Potosí.....	110
	8.3. Centro de Potosí.....	112
9.	A manera de conclusión.....	119
10.	Algunas recomendaciones	125
11.	Bibliografía.....	129

ACRÓNIMOS

ACV	Accidente Cerebro Vascular
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
CID	Coagulación Intravascular Diseminada
CIDES	Post grado en Ciencias del Desarrollo
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CNS	Caja Nacional de Salud
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
DNA	Defensoría de la Niñez y Adolescencia
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENMM	Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011
EPMM	Estudio Postcensal de Mortalidad Materna 2001
FCI	Family Care International
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MS	Ministerio de Salud
OMMN	Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SLIM	Servicio Legal Integral Municipal
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica
TIPNIS	Territorio Indígena del Parque Nacional Isiboro Sécure
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés

UNICEF Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UTI Unidad de Terapia Intensiva
VIH/SIDA Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida
VPH Virus de Papiloma Humano

PRESENTACIÓN

Mujeres del Viento, relata las historias de 48 mujeres que fallecieron por embarazo, parto o postparto en el 2011, en regiones del trópico de Cochabamba y en el norte y Centro de Potosí. Si se toma en cuenta las causas descritas, todas ellas prevenibles, ninguna de estas mujeres tenía que morir. Entre ellas están adolescentes, madres con hijos/as o madres por primera vez que, comparten, además del trágico desenlace de sus vidas, historias marcadas por la soledad, la pobreza, la enfermedad, el abandono y la falta de una atención oportuna de las instituciones de salud.

El libro coloca en tela de juicio, pues, la vulneración de los derechos humanos, de los derechos sexuales y reproductivos y principalmente el derecho a la vida, y, por ende, cuestiona el rol de las instituciones que tienen la obligación de velar por la vida de las mujeres bolivianas.

Con esta publicación se inicia la *Serie de Investigaciones* del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal del CIDES UMSA, para que a través de la generación de evidencia, los operadores del sistema de salud, las organizaciones de la sociedad civil y las autoridades nacionales y regionales cuenten con parámetros más claros y específicos para tomar decisiones de mediano y largo plazo; para que se percaten de ciertos aspectos recurrentes de la vida en comunidad que ponen en situación de alta vulnerabilidad a sus mujeres y niños; para que los educadores encuentren elementos clave para transmitir e instruir en sus centros, y para que los funcionarios públicos y privados identifiquen elementos de articulación intersectorial para enfrentar este sensible problema.

Como dice su autor *“A esta investigación la mueve la esperanza de alertar, concientizar y promover acciones de parte de autoridades y personas con poder de decisión y acción sobre esta dura realidad.”*

Cecilia Salazar de la Torre
Directora CIDES

María Dolores Castro
Coordinadora OMMN

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca profundizar la información y los datos sobre la mortalidad materna en Bolivia, con el análisis de las condiciones y circunstancias en que se producen las muertes, y también con una aproximación a las características y condiciones socioeconómicas que ponen en riesgo a las mujeres.

A esta investigación la mueve la esperanza de alertar, concientizar y promover acciones de parte de autoridades y personas con poder de decisión y acción sobre esta dura realidad.¹

Aunque han pasado más de cinco años desde los trágicos desenlaces que aquí se tratan, estos testimonios y análisis sirven para que los operadores del sistema de salud se enteren de las deficiencias y trabajen en subsanarlas; para que las autoridades cuenten con parámetros más claros y específicos para tomar decisiones de mediano y largo plazo; para que los dirigentes y autoridades regionales se percaten de ciertos aspectos recurrentes de la vida en comunidad que ponen en situación de alta vulnerabilidad a sus mujeres y niños; para que los educadores encuentren elementos clave para transmitir e instruir en sus centros, y para que los funcionarios de reparticiones públicas y privadas de desarrollo identifiquen elementos de articulación intersectorial para enfrentar este sensible problema.

Una mirada amplia sobre la mortalidad materna debe ir de la mano con un riguroso estudio para identificar los procesos fisiológicos que desembocan en las muertes.² De hecho, se ha recuperado el importante esfuerzo del Estudio Nacional de Mortalidad Materna (ENMM) para caracterizar clínicamente cada uno de los casos que aquí se muestran de una manera más detallada,³ sin embargo, es posible que en las presentaciones y evoluciones de los cuadros de complicaciones obstétricas que se exponen se detecten diferencias de apreciación, debido a que emplearon otras fuentes adicionales de información. De todos modos, las dudas que se manifiestan en la consideración de algunas de las historias sobre la identificación de las causas básicas, directas o indirectas de las muertes, así como sobre el comportamiento médico e institucional, podrían ser tan útiles como las certezas para revisar y perfeccionar los recursos disponibles para afrontar los retos de reducción de la mortalidad materna que todavía se mantienen entre los compromisos pendientes más importantes.

1 CEPAL 2009.

2 Karam, Miguel Ángel 2007 y Langer, Ana 1995.

3 Rodríguez Villamizar 2011.

Detrás de cada muerte materna existe siempre una serie de fallas en el abanico de competencias y funciones institucionales del sistema de salud, así como en el largo proceso de identificación de señales de peligro y de búsqueda y provisión de atenciones requeridas. Pero también existen circunstancias y episodios comunes al estilo de vida de ciertas mujeres, cuyas caracterizaciones adecuadas podrían ayudar a comprender cómo estas llegaron a una situación de riesgo mucho más alta en comparación a otras, es decir, por qué componen la población con alto riesgo de mortalidad materna.⁴

Indagar los momentos clave de la vida de las mujeres que murieron como consecuencia de su embarazo o maternidad es una tarea compleja que no brinda conclusiones irrevisables, por el solo hecho de que la historia no la cuenta la protagonista principal. Sin embargo, siempre existen afectados indirectos, testigos y evidencias que ayudan a reconstruir momentos específicos del ciclo de la vida en los que se presentaron dificultades cruciales e intentos de respuestas concretas por parte de ellas mismas, sus familias y sus comunidades; todo esto puede ayudar a entender cómo, dónde y por qué se produjeron los quiebres asociados, con el tiempo, a las muertes maternas.

Con la finalidad de precisar y universalizar el concepto de mortalidad materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “la defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada, por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁵

En esa definición convencional está clara la intención de circunscribir la muerte materna al deceso relacionado directamente con el estado fisiológico de gravidez, parto o posparto. Hay una extensa lista de trastornos específicos que de haberse producido indican directamente que se tratan de causas de muerte materna. Si se trata de muerte posterior en no más de un año de ocurrido el parto, suele aplicarse la categoría de “muerte materna tardía”, a condición de que se establezca una causalidad obstétrica directa o indirecta, pero ya no debería figurar en el cálculo de la razón de mortalidad materna, por fines comparativos.⁶

En muchos casos es posible distinguir con precisión muertes causadas por enfermedades agravadas por el embarazo, pero existen muchas otras que podrían no ser modificadas en su evolución por el proceso reproductivo en curso. También es frecuente que se presenten combinaciones de padecimientos preexistentes que hacen difícil establecer una línea directa de causalidad. Además, es posible que algunas enfermedades que normalmente podrían ser potenciadas por el embarazo no lleguen a complicarse fatalmente.⁷

Con el tiempo también se han requerido aclaraciones complementarias a la noción de causas incidentales o accidentales, entre las que dudosamente podrían incluirse los suicidios o los

4 OMS 1999.

5 OMS 2003.

6 Ruiz Salguero, Magda 2013.

7 Fundación Contemporánea 2012.

traumatismos, por ejemplo: no resulta fácil decidir que no se trata de una muerte materna un fallecimiento por autoenvenenamiento en una crisis depresiva postparto; siempre queda la duda de si una mujer no embarazada hubiera podido sobrevivir un accidente o un hecho de violencia doméstica si no hubiera estado en esa condición.

Para los fines de este estudio, no todos los casos que son investigados se refieren a muertes maternas en la estricta acepción del término; se ha tenido la oportunidad de estudiar y analizar un importante número de muertes maternas ocurridas durante el periodo de embarazo, parto y postparto, independientemente de sus causas, porque los casos de muertes no maternas también brindan elementos de juicio sobre la mayor vulnerabilidad de las mujeres en ese periodo y sobre el comportamiento de las familias, comunidades y servicios de salud en esas circunstancias.

Se trata de todas las muertes relacionadas con el embarazo, parto y postparto de mujeres que en 2011 residían en tres regiones del país en las que históricamente se registran altos índices de mortalidad infantil: Trópico de Cochabamba, norte y centro de Potosí.

Las muertes de las 48 mujeres cuyos casos se describen y analizan someramente en este documento, fueron identificadas como casos de mortalidad materna en el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2012. Entre el procesamiento de esos datos y la realización del Estudio Nacional de Mortalidad Materna (ENMM), implementado en 2014 y parte de 2015, se fueron agregando variables de información necesarias para verificar los casos censales, encontrando otros casos aparentemente omitidos –tanto vía muestreo aleatorio de mujeres muertas en el mismo periodo por otras causas, como vía expedientes clínicos de los servicios de salud– de mujeres muertas antes de los 15 años y de mujeres muertas sin edad identificada.

Luego de concluido el largo proceso de investigación se discutió la importancia de realizar una nueva visita a los lugares donde se identificaron y estudiaron estas muertes, con el objeto de recabar información complementaria con énfasis en el ciclo de la vida, para contar con una caracterización más completa de la naturaleza de las muertes maternas y relacionadas con el embarazo. Este documento es el resultado de ese esfuerzo.

Como se explica en la propuesta metodológica de este estudio complementario, se trata de incorporar información de contexto individual, familiar y comunitario de cada caso, con entrevistas a profundidad de allegados, vecinos y personal de salud, para reconstruir no solo las circunstancias inmediatas en las que se produjeron estas muertes, sino también las condiciones económicas, sociales y culturales específicas en las que vivieron las mujeres.

La investigación nacional previa se valió de la metodología de la autopsia verbal⁸ para recabar información de las familias y personas que atendieron a las mujeres y contrastarla con datos de los servicios de salud, mediante encuestadores médicos del Ministerio de Salud (MS), y funcionarios del Instituto Nacional de Estadística (INE). Todas las encuestas fueron analizadas individualmente por expertos y de ahí provienen los dictámenes de muertes y causas de muertes que constituyen el punto de partida de este estudio complementario.

8 Sloan, N., 2000.

La primera tarea, luego de aprobada la metodología propuesta para el estudio cualitativo, fue la revisión de los encuestas de las autopsias verbales, que dio por resultado la sistematización individual de todas las respuestas a las preguntas cerradas y abiertas de los cuestionarios base.

Con los equipos técnicos de los servicios departamentales de salud (Sedes) de Potosí y Cochabamba, las coordinaciones de red y las jefaturas municipales de salud de las tres regiones, entre los que también se encontraban supervisores del operativo de campo de la investigación de base, se planificaron y organizaron las nuevas visitas en terreno, cumpliendo cronogramas específicos, de modo que el investigador siempre estuvo acompañado por algunos miembros de los establecimientos de salud de las zonas investigadas proporcionando, además, impresiones basadas en su experiencia y conocimiento de las comunidades e, incluso, casos y familias específicos.

Dependiendo de la naturaleza de cada caso se buscó a las personas que podrían proporcionar información lo más apegada posible a las circunstancias de vida y muerte de las mujeres. Familiares, amigos, vecinos, personalidades, autoridades y personal de salud, fueron entrevistados por los investigadores de acuerdo a las preguntas específicas requeridas para esta segunda visita, en la que se sorteó algunas dificultades, principalmente las derivadas de la ausencia de personas involucradas, en cuyo caso se recurrió a informantes de segunda opción, y por las naturales susceptibilidades que provocan este tipo de indagaciones, subsanadas en la mayoría de los casos con la explicación de los motivos y las características confidenciales de la información.

Preservando la privacidad de las personas, se recopiló la información grabando y anotando las entrevistas, siempre en procura de obtener una narración analítica de cada caso, y cuidando de mencionar tan solo algunas coordenadas geográficas necesarias para la interpretación y algunos establecimientos de salud, sin dar detalles que podrían causar algún tipo de acción administrativa o judicial. El estudio asume los criterios éticos de confidencialidad amparados por la normativa vigente por lo que la disponibilidad de información individualizada se enmarca en las condiciones previstas por el Sistema Nacional de Información.

Todos los casos fueron presentados y debatidos en reuniones generales de los equipos técnicos departamentales, autoridades municipales, dirigentes de organizaciones campesinas e indígenas, gerencias de las redes de servicios de las regiones, personal de salud e invitados especiales. En los talleres se realizaron análisis colectivos y en trabajos de grupos reducidos se identificó problemas recurrentes, se formuló recomendaciones y propuestas para los diferentes actores institucionales y sociales, las mismas que figuran como parte de este trabajo, así como en los planes departamentales de reducción acelerada de la mortalidad materna de los departamentos de Potosí y Cochabamba.

En el segundo capítulo se describen las características básicas del enfoque conceptual y metodológico empleado en el estudio. Luego, en el capítulo tres, se presenta una contextualización geográfica, económica, social y cultural de las regiones y sus particularidades más notorias. A partir del capítulo cuatro se narran los resultados de la investigación, con consideraciones analíticas sobre causas, riesgos y determinantes de la mortalidad materna en las regiones investigadas. Finalmente, se esboza algunas conclusiones, recomendaciones y sugerencias consensuadas.

2. ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

La atención de mujeres en alto riesgo obstétrico (ARO)

Muchas mujeres mueren en la etapa más productiva de sus vidas sólo por el hecho de ser mujeres, y otras tantas fallecen sólo por el hecho de ser madres. Aunque en el caso de las últimas pueden identificarse con bastante precisión las fallas sociales e institucionales que suceden en el momento crítico de la evolución de alguna de las complicaciones obstétricas, en un porcentaje importante de los embarazos (15%), es poco frecuente que se considere que, en muchos casos, se trata de mujeres sometidas con anterioridad a privación, opresión, violencia, discriminación y exclusión que las condujeron a vivir sus maternidades en condición de desventaja y riesgo extremo. Algunas han sido directamente victimadas por su condición de madres.

El abordaje de la mortalidad materna parte de su definición en el campo de la fisiología de la reproducción humana, que proporciona elementos muy específicos para el análisis del origen y el desarrollo de las complicaciones obstétricas que conducen a la muerte de las mujeres en algún momento de la gestación, el parto o el postparto, como la eclampsia, la sepsis o la hemorragia. Sin embargo, también ha sido necesario ampliar la definición a otros procesos biológicos concomitantes que se ven afectados por, y/o afectan, los procesos reproductivos, como el embarazo de una mujer con mal de Chagas, por ejemplo.

Además, pueden encontrarse problemas en otras dimensiones de la salud física y mental de las mujeres, que juegan un papel decisivo en el curso del proceso reproductivo, incluyendo aspectos como la depresión, la disminución de capacidades para enfrentar influencias adversas del medio, el consumo de sustancias psicotrópicas, la violencia intrafamiliar, etc.

La definición médica no solo se abre a la incorporación de otras perspectivas y disciplinas asociadas para la mejor comprensión y explicación de la mortalidad materna a partir de la consideración de factores concomitantes, sino también por su propia imprecisión diagnóstica en los momentos previos a la identificación de la complicación; casi nunca se tiene la certeza de que una complicación obstétrica llegará a producirse indefectiblemente, tampoco existe certeza absoluta sobre las intervenciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación aplicables en todos los casos similares.⁹

9 Ransom EI y Yinger NV 2002.

Lo que se conoce con certeza es el proceso natural que siguen las complicaciones hasta producir el deceso de las mujeres que las sufren. Es sobre este conocimiento que se han desarrollado la mayoría de los mecanismos médicos que pueden evitar el desenlace previsto con un alto grado de precisión, de modo que el interés práctico se ha concentrado, con razón, en los dispositivos esenciales para activar la atención médica calificada y, por ende, en las formas de acceder oportunamente a la misma. Lo que se hace en la corta etapa en la que se pasa de las primeras manifestaciones de una complicación obstétrica a la muerte es, sin duda, decisivo para evitarla.¹⁰

Como prácticamente todas las complicaciones pueden resolverse con la aplicación de unas pocas medidas agrupadas en lo que se denomina cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), una muerte materna solo puede explicarse por la persistencia de fallas en la atención o en la búsqueda de la atención; de ahí que se haya optado, hace ya mucho tiempo, por trabajar bajo el supuesto de sobrevida (toda complicación puede resolverse si se atiende adecuada y oportunamente) y observar lo que podría impedir o impedir seguir el camino lógico para actuar a partir de las primeras manifestaciones de la emergencia.

El camino de la supervivencia consiste en transitar tres o cuatro etapas de la mejor manera posible, hasta la resolución definitiva de la complicación. Todo empieza cuando se toma conciencia de la situación y de su gravedad, ante lo cual se debe tomar la decisión de buscar ayuda y obtenerla en poco tiempo y, finalmente, la mujer debe ser tratada por personal calificado con los medios apropiados. Debido a que el tiempo es crucial para la resolución de las complicaciones, se han llamado “demoras” a los obstáculos que se interponen en el proceso.

En suma, lo que se ha hecho es entender cómo funcionan las complicaciones y cómo pueden controlarse y resolverse en el campo de la medicina; luego se ha visto que aun disponiendo de estos conocimientos y tecnologías, es frecuente que no se los pueda emplear por demoras de diverso tipo, en las que entran en juego actores y elementos variados.

Cuando las mujeres sienten las primeras manifestaciones de una emergencia obstétrica, no siempre están en condiciones de reconocer la gravedad de las señales. La educación, la experiencia y la autoestima son factores que hacen la diferencia entre las mujeres que pueden iniciar oportunamente el camino de la supervivencia y las que, por el contrario, no detectan los síntomas a tiempo y ven reducidas al máximo sus posibilidades. Cada señal anuncia desde el principio los márgenes de tiempo y las capacidades requeridas para subsanarla. Las hemorragias no dan margen de tiempo y requieren transfusiones inmediatas; los trastornos hipertensivos también precisan acciones médicas inmediatas y quirófanos adecuados; algunos cambios de temperatura son reveladores de infecciones que pueden agravarse con facilidad si no se actúa rápidamente con tratamientos medicamentosos y quirúrgicos.

Se espera que entre la toma de conciencia del problema y la decisión de buscar la atención necesaria no exista ninguna demora, pero no siempre puede asegurarse que sea así, especialmente cuando se tiene nociones, criterios y costumbres que descartan a priori intervenciones externas, o cuando no se ha realizado ninguna previsión sobre la posibilidad de una complicación respecto

10 OMS 1999.

a los cuidados de los otros hijos, tareas domésticas rutinarias, compromisos laborales, recursos extraordinarios, seguridad, distancias, transporte, acompañamiento, alojamiento y otros factores que finalmente son determinantes para la obtención de atención adecuada y oportuna, y por lo tanto para las posibilidades de recuperación o supervivencia.

Muchas veces la decisión de buscar ayuda médica se adopta en pareja o en familia y este proceso puede tardar demasiado. A la decisión le sigue el traslado de la mujer a un centro con capacidad resolutive, que puede ser obstaculizado por muchos motivos, empezando por la disponibilidad de un vehículo, lo que se dificulta en horas de la noche o en lugares con caminos en mal estado.

Finalmente, en conjunto o en aspectos específicos, puede fallar la atención calificada –necesaria en todo el proceso médico–, a veces en detalles tan elementales como la provisión de anticonvulsivos desde el primer contacto, la disponibilidad de sangre segura, operatividad del quirófano, habilidades clínicas básicas o restricciones de personal. Además, son frecuentes los reportes de diagnósticos inadecuados y descuidos en el seguimiento de protocolos, así como de actitudes irresponsables, irrespetuosas u ofensivas, actos discriminatorios y rechazos inaceptables.

El análisis de las demoras en la atención incluye necesariamente factores económicos, sociales, psicológicos y culturales, no solo de las familias y comunidades involucradas sino también de la propia institución médica;¹¹ sin embargo, este tipo de acercamiento conceptual suele detenerse en la descripción de los factores contextuales del hecho mismo de la atención y no continuar con la exploración de los mismos en sus contenidos esenciales.

Varias corrientes epidemiológicas y algunas provenientes de las ciencias sociales, por simple asociación estadística, permiten establecer que la mayoría de las mujeres que fallecen por causas relacionadas con la reproducción, son mujeres pobres que viven en países y lugares de bajos ingresos, sobre todo en áreas rurales y periurbanas; que son mujeres de pueblos indígenas con bajos niveles de escolaridad, con niveles de desnutrición elevados, que provienen de familias inestables y con escasos recursos asistenciales.

El análisis de los factores sociales, económicos y culturales relacionados con los niveles de mortalidad materna en determinados grupos o sociedades, se ha constituido en una base indispensable para la comprensión de este fenómeno, aunque solo sea para ayudar a entender cómo actúan los factores de riesgo desde una perspectiva social, puesto que de todos modos solo una parte de las mujeres en condiciones similares muere por causas relacionadas a la maternidad.

Objetivo y método

Con el objetivo de captar y comprender las experiencias biográficas¹² de las mujeres –desde la infancia hasta su muerte, incluyendo las percepciones de personas que ingresaron significativamente en su vidas, sus necesidades fisiológicas, afectivas y culturales, sus redes familiares y

11 MSD 2014.

12 LLule, T. 1998.

sociales, sus cambios individuales, sociales y ambientales, en los momentos críticos y estables, en el mundo social que les tocó vivir–, se obtuvo información desagregada del Estudio Nacional de Mortalidad Materna de 2011, que se complementó con las observaciones en terreno en las comunidades y vecindarios en los que vivían las mujeres que fallecieron ese año.

En el estudio poscensal de mortalidad materna (EPMM), realizado en 2002,¹³ ya se conoció algunas características de las mujeres que no habían tenido la oportunidad de accionar mecanismos familiares, comunitarios e institucionales disponibles para recibir una atención calificada oportuna y eficaz en el curso de una complicación médica durante el embarazo, parto o puerperio. Un importante porcentaje de mujeres fallecidas en el año estudiado tenía bajos niveles de escolaridad, residía en áreas rurales y periurbanas –seguramente de poblaciones indígenas–, pertenecía a familias de ingresos limitados y contaba con pocos o ningún medio para acceder a servicios de salud de calidad.

La decisión de realizar un nuevo estudio sobre bases metodológicas equivalentes, 10 años después, con base al CNPV de 2012, mediante el levantamiento de autopsias verbales,¹⁴ permitió no solo establecer la incidencia de factores socioeconómicos y culturales en la salud y la vida de las mujeres que murieron por causas relacionadas con la maternidad durante 2011, sino también, realizar indagaciones más profundas sobre sus características de vida, la forma como asumieron hechos trascendentales para ellas y lo que hicieron para afrontarlos.

El estudio cuantitativo mostró las dimensiones actualizadas de la mortalidad materna,¹⁵ las causas obstétricas de las muertes, la distribución departamental de los casos, los momentos críticos de la búsqueda de atención, la conducta de los sistemas de salud y también la incidencia de factores sociodemográficos y ambientales en la mortalidad.

El componente cualitativo de la investigación,¹⁶ que se empieza a difundir con esta publicación, busca mejorar la comprensión de los procesos y acontecimientos vitales previos, indagando sobre el sentido subjetivo de la reproducción, la salud y la vida de las mujeres, las familias y las comunidades comprometidas en el desenlace, tratando de entender por qué y cómo quedaron expuestas estas mujeres a sufrir complicaciones agravadas con la ausencia o mala calidad de atención.

En esta investigación se ha buscado reconstruir objetivamente los sentimientos, actitudes y comportamientos durante etapas claves de las vidas de las mujeres fallecidas por causas relacionadas con la maternidad, intentando además reflejar parte del mundo social en el que vivieron.

La columna vertebral de las historias la forma de un relato obtenido de una o varias personas allegadas que tuvieron una relación significativa con ellas en momentos importantes de sus vidas, especialmente cuando se trató de hechos que afectaron sustantivamente la salud y la vida de las mujeres. Sin embargo, también fueron útiles los documentos que validaron las referencias, como

13 INE 2003.

14 Dilberth Cordero 2008.

15 MSD-INE 2015.

16 Leticia Mejía, Martha 2013.

fotografías, cartas, libretas, certificados, etc., que además ayudaron a los informantes, en algunos casos, a recordar acontecimientos importantes.¹⁷

La idea era recoger información sobre aspectos específicos de la persona, de su relación con su realidad social y de los modos en que enfrentó situaciones críticas durante su vida, considerando las influencias de su entorno; pero como se trataba de información de segunda mano, fue necesario ser parte del logro técnico de la reconstrucción de sus historias, apelando a un esfuerzo mayor para asegurar la obtención de datos veraces que faciliten una interpretación lo aproximada posible a la realidad.

Categorías de análisis

Aunque las biografías enfatizan en las historias en general, se puso énfasis en detalles que muestran cómo las mujeres vivieron su realidad social como parte de su comunidad y de su cultura, porque interesaba metodológicamente conocer las condiciones y los cambios que enfrentaron en el tiempo en que se dieron los sucesos que determinaron su desenlace fatal.

Para el registro, procesamiento y análisis, se sistematizó la información de las historias de vida a partir de tres componentes: a) las dimensiones básicas, b) los eventos cruciales y c) los procesos de adaptación a los cambios, durante las grandes etapas del ciclo de vida de las mujeres o, al menos, durante las etapas de cambios sustantivos que podrían explicar una situación de mayor riesgo a su salud sexual y reproductiva. Aunque no siempre se pudo establecer con precisión las temporalidades, se tomaron como parámetro: nacimiento e infancia (menos de un año), niñez temprana (entre uno y cinco años), niñez (entre cinco y 10 años), adolescencia (entre 10 y 20 años), juventud (entre 20 y 30) y madurez (de 30 a 55 años).

Dimensiones básicas

Las dimensiones básicas de las historias de vida que interesaban conocer fueron: a) la biológica, por los problemas de salud que pueden haber sido decisivos; b) la social, por las redes personales, familiares y de grupos que pueden ayudar a entender sus condiciones de vulnerabilidad; c) la cultural, por la importancia que pudieron tener los valores y costumbres en su forma de vivir, de ejercer su sexualidad y concebir la reproducción; y d) la dimensión ecológica, por las circunstancias ambientales que pudieron haber condicionado decisivamente su calidad de vida.

Puntos de inflexión

Una historia de vida, en este enfoque, es la reconstrucción de hechos significativos que marcaron cambios relevantes en el ciclo de la vida. Ciertas carencias en la infancia pueden dejar huellas imborrables; un embarazo adolescente es, sin duda, un acontecimiento crucial; un contexto de

17 Sanz Hernández, Alexia 2005 y Chárriez Cordero, Mayra 2012.

violencia familiar es determinante para cualquier persona en términos físicos, emocionales y sociales. Pero también las migraciones, los desastres naturales, los niveles de instrucción o los tipos de empleo suelen ser factores clave de giros o cambios drásticos en la vida y la salud de las personas.

Adaptación a los cambios

Los acontecimientos que condicionan una situación reproductiva vulnerable, exigen de las mujeres una reacción y asimilación asentadas en una serie de estrategias personales, familiares y colectivas, con el objeto de mejorar la situación o, al menos, reparar los daños. El conocimiento de esas estrategias permitirá comprender mejor el resultado de los esfuerzos en el control de la maternidad, de la salud y de la vida en general. La búsqueda de información sobre anticoncepción, los intentos por interrumpir embarazos no deseados, así como la formación de una familia, la obtención de asistencia médica, la organización de redes sociales de apoyo y otras reacciones, pueden ser factores determinantes para evaluar los hechos asociados a la morbilidad y mortalidad materna.

Informantes

Es necesario advertir que la narraciones que se exponen en este estudio fueron procuradas por personas que rodearon a las mujeres o formaron parte de su vida, de modo que no son sino versiones indirectas, por lo que se buscó contar con la participación de más de un testigo con la finalidad de triangular versiones contrapuestas, sobre todo en aspectos que podrían comprometer a los informantes seleccionados.

Cuando sospechaba de la existencia de un clima de violencia u otro tipo de hostilidades se buscó a otras personas de confianza de la difunta (una amiga, maestra o vecina que pudieran haber sido sus confidentes). Casos de abortos o embarazos no planificados suelen ser menos conocidas por los familiares que por otras personas del entorno. Temas vinculados a patologías relacionadas con las infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH/SIDA) fueron muy difíciles de documentar, porque suelen ser escondidos incluso a los más cercanos.

Las entrevistas

En la preparación de las entrevistas se tuvo en cuenta que el relato de los informantes debía permitir reconocer los hechos más significativos de la vida de las mujeres para situarse en sus propias circunstancias y analizar las razones del curso de los acontecimientos de la manera más natural posible.¹⁸

18 Silva, Alejandrina 2001.

La duración del diálogo del investigador con los informantes dependió de la capacidad de exposición de los recuerdos y los sentimientos, valores, pensamientos, actitudes asociados a los hechos. El cuestionario modelo fue centrado en la trayectoria y en los sucesos destacados de la vida de las mujeres, extrapolando relaciones de dependencia y conexiones entre los diversos acontecimientos, a lo largo de su vida y hasta su fallecimiento.

El guion de la entrevista siguió un orden que no necesariamente coincidió con los relatos de los informantes clave. Incluyó preguntas abiertas que dejaban lugar a un diálogo flexible en busca de enfocarse en temas específicos no forzados, con la finalidad de obtener una visión completa de lo sucedido en la vida de las mujeres.

La información recolectada en las narraciones fue contextualizada con los propios informantes, aunque sus nombres no serán revelados en ningún caso. A lo sumo, se incluye descripciones como: miembros de las familias, tipo de comunidades y grupos, edades, sexo, ocupación y otros similares.



Familia campesina, Norte de Potosí

3. PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LAS REGIONES

Es importante realizar una breve contextualización de las regiones investigadas, teniendo en cuenta que “el análisis del marco conceptual pone de manifiesto que los resultados en materia de salud materna y neonatal están determinados por factores interrelacionados que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene; los servicios de atención sanitaria, la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes”.¹⁹

La localización del primer estudio cualitativo con base censal fue establecida en los municipios del trópico de Cochabamba, con 17 casos; del norte de Potosí, con 14 casos y del centro de Potosí, con 16; todos documentados como muertes maternas ocurridas en 2011. Se contó con el apoyo del MS, SEDES, UNICEF, FCI y el Observatorio de Mortalidad Materna del CIDES/UMSA. Muchos datos desagregados por municipios empleados en este estudio, se procesaron con base al CNPV de 2012.

En cuanto a las zonas en las que se dieron las muertes de mujeres, el trópico cochabambino es una región de gran agitación económica, política y social por la presencia de productores de coca que radican en el lugar desde hace algunas décadas, de trabajadores agrícolas cuyos productos abastecen un importante mercado nacional e internacional y de un comercio muy activo por ser una región atravesada por una de las carreteras principales del país. También porque a una población indígena nativa compuesta por varias etnias que tratan de conservar y desarrollar su economía, costumbres y modos de gobierno, muchas veces en lugares poco accesibles y en condiciones muy precarias.

Gran parte de las muertes maternas confirmadas en el departamento de Cochabamba corresponden a esa región. Con el trabajo a campo abierto a temperaturas agobiantes, con precarias viviendas de tabloncillos de madera, a merced de mosquitos transmisores de dengue, chikungunya y zika²⁰, en medio de una febril economía de transporte e intercambio comercial que deja poco tiempo al cuidado de la salud y la educación, el embarazo suele ser más peligroso de lo común, especialmente en épocas de lluvia.

19 UNICEF 2001.

20 OPS/OMS 2016.

En el norte de Potosí, al amparo de un conjunto de centros mineros y a expensas de pronunciados altibajos en los precios de los minerales, subsisten cientos de comunidades y pueblos agropecuarios asentados en montañas muy altas y valles quebrados, en procesos de rendimientos decrecientes de la tierra y continuo despoblamiento. Niveles agobiantes de pobreza caracterizan la región, pese a que se aprecia avances en rubros como la construcción de carreteras e incluso en el sector salud, lo que no evita que miles de familias vivan sin acceso a estos beneficios.

Se trata de una región agropecuaria y minera de pueblos y comunidades andinas de puna y valle, de gran significación histórica para la construcción del Estado nacional y de muy modesto desarrollo local, con un elevado nivel de pobreza, bajo crecimiento demográfico y paulatino deterioro de la calidad de sus recursos naturales.

La crónica sequía, la alimentación deficiente, el clima extremo y las enormes distancias en inhóspitas montañas son, sin duda, difíciles contextos para embarazos saludables, y peor para garantizar asistencia profesional, especialmente en aquellas chacras localizadas en serranías prácticamente inaccesibles de noche o en épocas de lluvia. Infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) son reportadas en mucho mayor medida que los promedios nacionales.

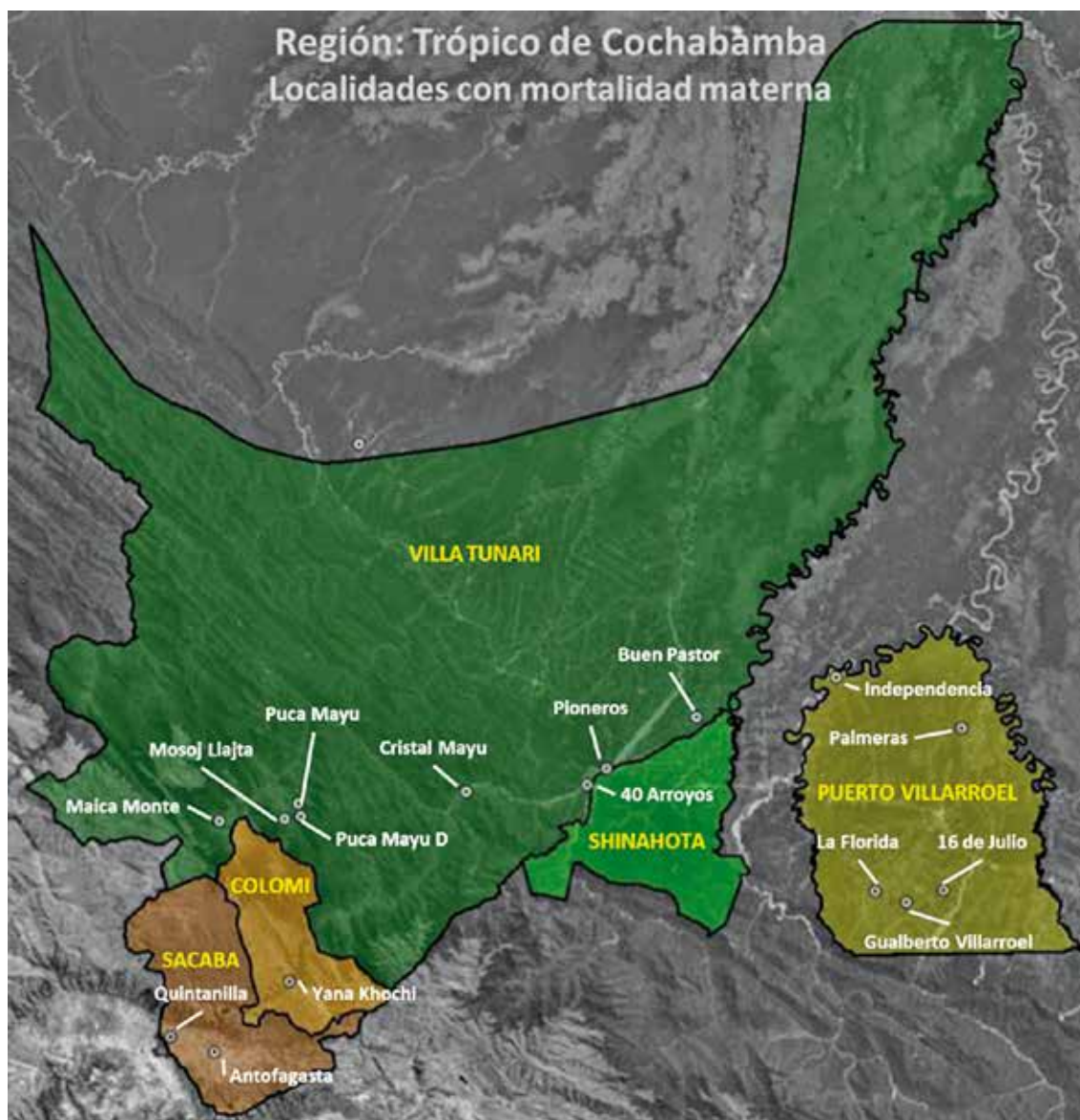
El contradictorio centro de Potosí, con todos sus municipios vinculados estrechamente con las fluctuaciones de la gran minería estatal, privada y cooperativista, mantiene una ciudad capital vertiginosamente urbanizada, pero aún con alta precariedad, explotación e inseguridad. Extensas zonas rurales con economías agrícolas y pecuarias de subsistencia sobreviven a expensas de repentinos momentos de euforia de la minería que suelen disolverse en la nada y dan paso al reinicio de nuevos emprendimientos sobre las endeblés bases de las parcelas campesinas e indígenas que nunca garantizan un mejor futuro para las nuevas generaciones.

3.1. Trópico de Cochabamba

Población

El departamento de Cochabamba tenía en 2012 una población de 1.762.761 habitantes, de los cuales el 22% (383.891) radicaba en el trópico, tomando en cuenta en esta región a los municipios de Sacaba (172.466), Colomi (19.285), Villa Tunari (71.386), Shinahota (20.841), Chimoré (21.736), Entre Ríos (31.550) y Puerto Villarroel (46.627).

En realidad, Sacaba es un municipio templado e incluso frío y Colomi corresponde a los altos yungas del Chapare, pero la carretera que sale de Cochabamba hacia Santa Cruz ha establecido entre todos los municipios una conexión vital en todos los aspectos de la vida de sus poblaciones, con algunas diferencias que parten de la virtual conexión de la zona urbana de Sacaba con la ciudad de Cochabamba. Por eso se dice que Sacaba es parte de la región metropolitana, además de que su peso demográfico es considerable, pues su área urbana contiene al 41% de la población total de los siete municipios tomados en cuenta. Instrumentalmente; se trata también de un municipio de provisión permanente de recursos, tanto humanos como materiales para el trópico, de gran crecimiento en las últimas décadas por la economía de la coca.



Muchos agricultores rurales y trabajadores urbanos de Sacaba, y sobre todo del cercano municipio de Colomi, se dedican a la producción de coca en los otros municipios del trópico o están involucrados en otras actividades económicas como la construcción, industria, turismo, comercio y servicios de comida. En estos dos municipios la agricultura tradicional (destinada al autoconsumo) se combina con la agricultura intensiva, especialmente de tres productos: locoto, zapallo y haba.

Gran parte de Colomi es una prolongación del valle, de fácil acceso con pequeños poblados rurales, aunque aún tiene una región, la más alejada, de difícil acceso en la cabecera de los yungas del Chapare. Su principal centro urbano se encuentra, al igual que Sacaba, atravesado por la carretera del eje Cochabamba-Santa Cruz, aunque en Sacaba la población urbana bordea el 87%, mientras que en Colomi solo llega al 20%.

Varias poblaciones del municipio de Villa Tunari siguen el mismo patrón, se asientan en los bordes de la carretera, pero en condiciones geográficas distintas, anunciando al trópico propiamente dicho y con el predominio de parcelas de coca, hasta llegar a la Villa Tunari, para luego seguir adentrándose derecho y hacia los costados por Shinahota, Chimoré, Entre Ríos y Puerto Villarroel.

Aunque el municipio de Villa Tunari es, en extensión y en población, el más grande de los cinco municipios del trópico (71.386 habitantes), la ciudad de Villa Tunari solo acoge a 3.210 personas, algo menos de las 3.358 de Eterazama. Otros centros importantes del municipio son Villa 14 de Septiembre (2.123 habitantes), Samuzabety (1.195), Chipiriri (1.064), San Gabriel (1.041) y Paracito (1.029). El resto habita en 319 poblados menores, la mayor parte cercanos a esos centros principales.

El municipio de Shinahota, colindante con Villa Tunari, tiene 20.841 habitantes, más del 27% de los cuales residen en la ciudad de Shinahota; por lo demás, a excepción de Ibuelo, con 1.147 habitantes, el resto vive en poblaciones menores. En Chimoré viven cerca de 21.736 personas, 6.260 de ellas en la ciudad de Chimoré, 1.259 en Senda 3 y 1.088 en Senda B; el resto en poblados menores. Puerto Villarroel es el segundo municipio más poblado después de Villa Tunari, con 46.627 habitantes. La ciudad de Puerto Villarroel tiene 2.072 habitantes, mientras que Ivirgarzama cerca de 8.255, lo que lo convierte en el centro urbano más poblado del trópico. Otros dos poblados de Puerto Villarroel, Valle Sajta, Vueltaero y Mariposas rebasan con poco los mil habitantes cada uno. Al igual que el resto del trópico, decenas de poblaciones menores suman la mayoría de la población. El municipio de Entre Ríos, además de la ciudad de ese nombre que alberga a 7.477 personas, tiene poblaciones importantes como Bulo Bulo que tiene 3.876 habitantes; Manco Kápac, 2.603; Isarzama, 1.372; Río Blanco, 1.306 y Gualberto Villarroel, 1.015. El resto vive en poblados menores.

En el trópico de Cochabamba circula mucho más dinero que en cualquier otro territorio predominantemente rural del país, pero ello no significa un estado de bienestar sostenido para la mayoría de su población. Subsisten, y en muchos casos van empeorando, las condiciones de pobreza de individuos y familias agregadas a la economía de la coca, la agricultura, la industria y el comercio como peones, aparceros, ayudantes, albañiles, obreros, cocineros y otras figuras de ocupación laboral, con el agravante de que sus emprendimientos son generalmente eventuales, lo que les impide o dificulta constituir plenamente sus hogares. Aquí se suman y se combinan todas las formas de desigualdad en salud que devienen de profundas diferencias en la riqueza, alimentación, ocupación, hábitos de vida, educación, condición étnica, residencia urbana o rural, sexo, edad, vivienda, servicios y condiciones ambientales.

Condición étnica

Cochabamba es un departamento quechua por excelencia en el que el castellano fue incorporado desde hace mucho tiempo como lengua dominante, sin suprimir al quechua. 36% de los cochabambinos, según el censo de 2012, aprendió a hablar en quechua. En el trópico reside un porcentaje mayor (44%) de quienes tienen al quechua como primera lengua, pese a que la cifra fue altamente influida por Sacaba, en cuyo territorio el castellano es la primera lengua del 61% de la población. De hecho, las dos terceras partes de los que aprendieron a hablar en castellano en toda la región eran residentes de Sacaba.

Ya en Colomi, más rural, cerca del 72% tiene como primera lengua el quechua. En Villa Tunari, el 56% y el 32%, castellano. En Chimoré, 40% quechua y 48% castellano. En Puerto Villarroel, 54% quechua y 36% castellano. En Entre Ríos, 50% quechua y 42% castellano. En Shinahota, 53% quechua y 37% castellano. Prácticamente todos los pueblos y poblados del trópico, creados y consolidados durante las últimas dos décadas, son conocidos como nuevos asentamientos quechuas. También es el idioma más empleado en el trabajo, en los hogares y en las relaciones sociales. Los quechuas de Cochabamba son campesinos originarios de los valles, cuyas pequeñas economías agropecuarias avanzaron en la lógica mercantil simple desde mediados del siglo pasado, otorgándoles una identidad cultural muy flexible al desarrollo de la propiedad individual de los fundos y otras economías urbanas complementarias. Trasladaron al trópico esas características, incluidas las formas sindicales de organización colectiva, muy afines a la lógica minera de organización. En el trópico también existen asentamientos de grupos de exmineros que se trasladaron con sus familias para fundar sus propias poblaciones, atraídos por el auge de la coca. Hay pueblos con denominaciones que representan sus orígenes: Minera, Llallagua, etc.

Con el tiempo, las poblaciones indígenas originarias del trópico pasaron a constituir una minoría demográfica refugiada en pequeños poblados apartados en la selva, en las riberas de los ríos principales, especialmente del Parque Nacional Isiboro Sécure. Son pueblos de economías familiares y comunitarias de subsistencia, y son asimilados paulatinamente por pueblos quechuas en sus actividades comerciales más abiertas y prósperas, casi siempre en forma subalterna. Estas economías de subsistencia se asientan en base a la caza, pesca y agricultura, en especial de yuca, arroz, maíz, cacao, plátano, papaya, piña, además de la crianza de animales menores, una incipiente industria maderera y servicios básicos. La mayor parte de estos productos también se producen en las poblaciones quechuas que están mejor conectadas a los mercados.²¹

A excepción de escuelas primarias y cierto número de puestos de salud, el acceso a la infraestructura social más compleja pasa necesariamente por el desplazamiento físico a los pueblos quechuas, donde no siempre son tratados como iguales. Los problemas de salud que más frecuentemente afectan a esta población son la enteroparasitosis, las enfermedades respiratorias, desnutrición, anemia, micosis y otras patologías vinculadas a la pobreza y la hostilidad del medio ambiente.

21 Plan de desarrollo del Trópico de Cochabamba 1999.

Estos pueblos se organizaron también como grupos sindicales, sin abandonar sus formas de designación de autoridades autónomas, y así se constituyeron en interlocutores válidos para las actuaciones estatales, especialmente de carácter municipal. Hay unas 840.000 personas que se identifican con alguna nación o pueblo indígena originario campesino en el departamento de Cochabamba, de los que 734.000 son quechuas, 68.000 aymaras y el resto, en proporciones muy bajas, de otras varias naciones reconocidas constitucionalmente. En el trópico, de 224 mil habitantes que se reconocen indígenas, 202.000 son quechuas y 7.000 aymaras.

Solo en Sacaba, de 66.000 habitantes étnicamente identificados, radican 59.000 quechuas y 4.000 aymaras. En Colomi, casi todos los 16.000 habitantes son quechuas; lo mismo sucede en Villa Tunari, de los 53.535 indígenas originarios campesinos identificados, 48.402 son quechuas, 1.145 aymaras, 774 moxeños y 1.394 yuracarés. Otros 1.041 se identifican simplemente como campesinos. En Chimoré, de 16.155 indígenas que radican en su territorio, 12.930 son quechuas, 512 aymaras, 269 moxeños, 1.869 yuracarés, hay pocas decenas de yukies, trinitarios, shimanes y 206 campesinos. En Puerto Villarroel las cifras son mayores: 32.364 quechuas del total de 34.755 indígenas; más 676 aymaras. El resto está conformado por 307 moxeños, 198 yukies, 270 yurakarés y 354 campesinos. En Entre Ríos hay 19.270 quechuas de 21.014 indígenas; 518 aymaras y 731 campesinos. El resto está integrado por 135 indígenas a secas y 135 afrobolivianos. Hay más guaraníes, 62, que yurakarés, 17. En Shinahota hay 14.118 quechuas de un total de 15.035 indígenas; 378 aymaras y 325 campesinos. Se estima que en Villa Tunari, Chimoré y Puerto Villarroel hay 51 comunidades indígenas nativas. La mayoría son yuracarés, moxeño trinitarios y yukies. Hay cerca de 1.200 familias con 6.500 habitantes, asentadas en las riberas de los ríos Ichilo, Chapare, Chimoré e Ichoa.

Migración

El 71% de los habitantes del departamento de Cochabamba nació en el mismo lugar donde vive. En la región del trópico ese porcentaje decrece al 61%. En Sacaba y Colomi es donde proporcionalmente hay más habitantes nacidos en el lugar: 69% y 82%, respectivamente. En Villa Tunari, la relación es de 54% nativos y 46% inmigrantes; es decir, solo un poco más de la mitad de los residentes son nacidos en el municipio. En forma similar, la relación en Chimoré es de 55% y 45%; en Puerto Villarroel, de 51% y 49%; en Entre Ríos, 50% y 50% y en Shinahota, 52% y 48%.

En toda la región, más de las tres cuartas de sus habitantes ya vivía en el lugar hace cinco años, de modo que el proceso migratorio reciente es minoritario, lo que muestra una tendencia a consolidarse como población fija. En Sacaba el 78% de la población vive en el municipio desde hace cinco años o más; en Sacaba, 78%, Colomi, 81%, Villa Tunari, 74%, Chimoré, 73%, Puerto Villarroel, 75%, Entre Ríos, 75% y Shinahota, 74%.

Vivienda

Las paredes de las viviendas de Cochabamba están construidas con ladrillo en casi un 60%, aunque 31% son todavía de adobe. Esta proporción varía en el trópico con 46% de ladrillo y solo 13% de adobe; pero otra vez la ciudad de Sacaba es un caso especial porque el 76% de sus viviendas tiene paredes de ladrillo y 22% de adobe. En Colomi, el porcentaje de casas de ladrillo es de 26%; las de adobe suman el 42%, y ya aparecen las viviendas de madera, con el 23%, especialmente en

las tierras de los yungas del Chapare. En Villa Tunari las viviendas de madera ya son mayoría (56%) frente a las de ladrillo (23%), en los pueblos más concentrados. Ya no hay paredes de adobe por la humedad y aparecen, en las zonas más apartadas y en la selva, viviendas de troncos y palmas, sumando el 20% del total.

En Chimoré, hay 41% de casas de ladrillo, por su importancia urbana, pero 45% son de madera y 12% de troncos. En Puerto Villarroel, el 50% de las viviendas tiene sus paredes construidas con madera, 37% con ladrillo y 10% con troncos. En Entre Ríos, 39% son de ladrillo, 40% de madera y 17% de troncos; y en Shinahota, 38% de ladrillo, 44% de madera y 16% de troncos.

En todo el departamento de Cochabamba, el 51% de las viviendas tiene techos de calamina y el 30% de teja. En el trópico existe cierta igualdad, con 42% de calamina y 40% de teja. En Sacaba esos promedios son similares: 47% y 41%, respectivamente, pero en Colomi, además de tener 73% de las viviendas techadas con calamina, 13% son de teja y 12% de palmas. Los techos de calamina son también los más comunes en Villa Tunari (44%) y Shinahota (45%), pero ya no en Puerto Villarroel (26%), Chimoré (38%) ni Entre Ríos (28%). En todos los casos, las viviendas con techo de palma constituyen entre 11% y 23%. El piso es de tierra en el 31% de las viviendas del departamento; en el 44% del trópico, aunque ese porcentaje baja al 18% en Sacaba, en cuya zona urbana casi ninguna de las casas tiene piso de tierra. Es mayoritario, en el departamento el uso de cemento en el piso (43%) y le sigue la cerámica con el 20%. En el trópico el cemento es la segunda opción (37%) y la cerámica 13%; en Sacaba, el cemento es el material de la mayoría de los pisos de las viviendas (48%); le siguen cerámica (29%) y tierra, solo el 18%. En cambio en Colomi, el 58% de las casas tiene piso de tierra y solo el 32% de cemento; en Villa Tunari, la relación es de 69% de tierra a 22% de cemento; en Chimoré de 51% a 36%; en Puerto Villarroel de 56% a 37%; en Entre Ríos de 55% a 37% y en Shinahota de 58% a 35%.

Servicios

En Cochabamba el agua que se consume en las viviendas es proporcionada por red en el 55% de los casos, por carros repartidores en un 12%, igual que de río, vertiente o lluvia. Solo 10% recibe agua de piletas y el resto de pozos. En el trópico, el porcentaje de viviendas con agua de red disminuye al 42%, cifra que es elevada por Sacaba, donde el 59% cuenta con ese medio de provisión de agua. En el trópico, 20% consume agua de río, 20% de pozos y 11% de pileta pública. En Sacaba solo 5% consume agua de río, 12% e pileta, 12% carros y 10% de pozos. En Colomi, casi el 50% de las viviendas tiene agua por red, 26% de río y 12% pileta. En Villa Tunari un tercio de las viviendas obtiene agua de pozos y otro tercio de río. Usan agua de cañería el 18% y de pileta el 9%. En Chimoré es más frecuente el uso de agua por cañería (30%), 29% de pozos y 25% de ríos. En Puerto Villarroel, también es importante el empleo de agua provista por cañería (40%) y 11% por pileta pública; 20% viene de pozos y 25% de ríos. En Entre Ríos, el 37% de las viviendas tiene agua distribuida por cañería, 30% de ríos, 17% de pozos y 11% de piletas públicas. En Shinahota, 45% de las viviendas obtiene agua por cañería, 33% de ríos, y 12% de piletas. Solo algo más de la mitad de las viviendas del departamento (56%) tiene conexión al alcantarillado; el 44% utiliza cámara séptica o pozos ciegos. En el trópico, es solo el 40% el porcentaje de viviendas con acceso al alcantarillado y el resto emplea pozos ciegos o cámaras sépticas. En Sacaba, el 65% tiene alcantarillado y el 34% pozos o cámaras. En Colomi la relación se invierte: 30% alcantarillado y 70%

cámaras o pozos. En Villa Tunari, 12% de las viviendas tiene acceso al alcantarillado, 87% emplea pozos y 1% evacua en el río. Prácticamente se da la misma situación en Chimoré y Puerto Villarroel; en Entre Ríos y Shinahota un poco más de la cuarta parte de las viviendas tiene conexión al alcantarillado.

En el departamento de Cochabamba tienen luz por cable de red eléctrica el 79% de las viviendas y en el trópico el 64%, siendo en Sacaba donde se da el porcentaje más elevado (90%). En el resto de los municipios del trópico, el porcentaje de viviendas con servicio eléctrico fluctúa entre el 40% de Villa Tunari y el 54% de Puerto Villarroel. Existen cerca de 125.000 viviendas en el trópico, de las que casi la tercera parte está en Sacaba, donde las viviendas tienen prácticamente todos los servicios y están construidas, por lo general, con ladrillo y cemento, lo que se repite en los centros urbanos del resto de la región. Lo mismo ocurre con el acceso a servicios: el gas es empleado como combustible principal en el 87% de las viviendas de Sacaba y en el resto de las zonas rurales, la mayoría aún se vale de leña y fogón para preparar alimentos. En Colomi prácticamente todas las viviendas de la ciudad emplean gas, pero en las zonas rurales es predominante el uso de leña. En total el 42% emplea gas y el 57% leña.

La proporción de viviendas que usan gas va disminuyendo a medida que sus poblaciones se alejan de la carretera principal, con el encarecimiento del producto por los costos del transporte. En esa misma medida, el consumo de leña se emplea por un mayor número de viviendas; 62% en Villa Tunari, 46% en Chimoré, 52% en Puerto Villarroel, 52% en Entre Ríos y 51% en Shinahota, en proporciones similares a la de las poblaciones rurales.

En Sacaba en cerca del 62% de las viviendas la basura se deposita en carros basureros o en contenedores públicos, mientras que en el 22% se quema. Estas dos opciones son las principales en todo el trópico y siguiendo el patrón general la relación es inversa a medida que las comunidades y poblados se alejan de los centros urbanos principales. Ya en Colomi, solo el 20% emplea basureros y el 54% quema la basura. En Villa Tunari la proporción de los que usan basureros baja al 10% y los que queman sube al 59%. El resto bota la basura al río o la entierra. 28% deposita en carros frente al 52% que quema la basura en Chimoré, 15% y 57% en Puerto Villarroel, 21% y 46% en Entre Ríos y 28% y 41% en Shinahota.

Educación

En el departamento de Cochabamba, el 12% de los niños y adolescentes de 6 a 18 años no asistía a la escuela en 2012. Ese porcentaje se elevaba hasta el 14% en la región del trópico, más los municipios del valle central de Sacaba, en cuyo caso, precisamente por su carácter metropolitano, solo el 10% no asistía a la escuela, y, en cambio, en la más rural Colomi, los inasistentes constituían el 15%. En Villa Tunari, la inasistencia era del 16%, en Chimoré 17%, igual que en Puerto Villarroel, en Entre Ríos, 18%, en Shinahota, 17%.

Una de las principales razones de estos niveles altos de inasistencia escolar son las largas distancias que separan a las escuelas de los poblados menores, que no cuentan con el número mínimo requerido de estudiantes para tener escuelas propias. Esto afecta principalmente a los más pobres que no pueden costear el transporte o no tienen las facilidades de otras zonas para dejar a sus

hijos a cargo de familiares, que es una alternativa frecuente para muchos trabajadores asentados en la zona. Muchas familias acomodadas en poblaciones que cuentan con centros educativos, también optan por colocar la residencia habitual de sus hijos en zonas urbanas, donde asumen que la calidad de la educación es mejor, aunque esta estrategia suele ser rechazada por las autoridades y dirigentes locales, por poner en peligro la conservación del plantel docente asignado.

De todas maneras, aspirar a alcanzar estudios de secundaria y superiores implica casi siempre el cambio de residencia de parte de las familias. Con el tiempo, una parte de los habitantes que nacieron en el trópico y realizaron estudios avanzados retornó a sus comunidades tratando de combinar funciones profesionales con las de la agricultura familiar, por la elevada rentabilidad de su producción. Sin embargo, la mayoría de los profesionales que radica en la región nació en otras regiones. En todos los sectores hay un déficit de profesionales y especialistas, debido –según relatos recabados en las instituciones de salud, principalmente– a que las escalas salariales del sector público no satisfacen las necesidades y expectativas de los interesados.

Salud

Dos terceras partes de los cochabambinos utilizan los centros públicos de salud para atender sus necesidades. Esta proporción se eleva a más del 70% en el trópico; excluyendo a Sacaba, en el resto de los municipios cerca del 80% de la población recurre a centros públicos regularmente, especialmente en los pueblos menores que constituyen una gran mayoría, aunque se trata siempre de servicios de primer nivel de atención, con muchas debilidades.

El fuerte componente migratorio y la naturaleza precaria de los asentamientos familiares limitan la presencia de médicos tradicionales o parteras, dificultan el desenvolvimiento de la seguridad social y desincentivan la iniciativa privada, de modo que el único recurso, inestable y deficiente, es el servicio público de salud para la consulta rápida, limitada generalmente a la atención de malestares gastrointestinales y respiratorios, vacunas y emergencias de trabajo.

En forma irregular y limitada también hay servicios de especialidad en algunos hospitales, pero la mayoría de las complicaciones moderadas y graves de salud deben ser referidas a hospitales de tercer nivel en Cochabamba. Existe también un alto grado de problemas de salud que son atendidos directamente por farmacias públicas y privadas, pero en general el tratamiento casero y, en menor medida, la medicina tradicional, siguen siendo el primer peldaño en el control de las enfermedades.

La seguridad social pública es requerida por menos del 10% de la población del trópico, descontando Sacaba, donde cerca del 20% recurre a ese sistema, generalmente compuesto por trabajadores del sector público que deben trasladarse a Cochabamba incluso para problemas menores, mostrando la dispersión del sistema.

Por supuesto, para los pueblos indígenas el acceso es mucho más limitado, aunque ya existen médicos en las comunidades más grandes. Muchas de ellas son atendidas por brigadas de salud, tanto públicas como de organizaciones no gubernamentales o religiosas, que las visitan esporádicamente y que sufren de desabastecimiento crónico de insumos y medicamentos.

3.2. Norte de Potosí

Población

El norte de Potosí tiene 265.000 habitantes, cerca del 32% del total del departamento, que tiene 828.000 mil; 22.000 viven en Uncía, 16.000 en Chayanta, 41.000 en Llallagua, 8.000 en Chiquihuta, 35.000 en Colquechaca, 21.000 en Ravelo, 26.000 en Pocoata, 16.000 mil en Ocurí, 30.000 en San Pedro de Buena Vista, 11.000 en Toro Toro, 20.000 en Sacaca, 9.000 en Caripuyo, 4.000 en Arampampa y 6.000 en Acasio. Las diferencias son muy grandes: Llallagua tiene 10 veces más población que Arampampa, lo que hace que la institucionalidad también tenga fuertes diferencias de un municipio a otro.

Como históricamente mucha población potosina emigra a otros departamentos, tiene un porcentaje elevado de población mayor de 60 años (11%); porcentaje aún mayor en el norte de Potosí (12%), pero el municipio más numeroso, Llallagua, tiene una población de ese grupo etario de solo 8%, mientras que en el resto de los municipios de la región el porcentaje de adultos mayores llega a alrededor del 15%. Los datos individuales de las comunidades rurales más alejadas muestran proporciones mucho mayores, al extremo de que la mayoría de sus pobladores son niños y adultos mayores.

El polo minero del norte de Potosí (Siglo XX, Catavi, Llallagua, Uncía, etc.) tiene una antigua y profunda incidencia en el departamento y el país y siempre estuvo sujeto a las fluctuaciones de los precios internacionales de los minerales, cuyas drásticas subidas y bajadas afectaron en gran medida las condiciones demográficas, económicas, sociales y políticas de la región. El inicio de la segunda década del siglo coincide con una época de auge de los precios de los minerales y un relativo crecimiento urbano que lo distingue de las épocas inmediatamente anteriores de gran decadencia.

Por otra parte, existen cientos de comunidades agropecuarias vinculadas a formas milenarias de gobierno indígena, quechuas y aymaras, que junto a familias de antiguas haciendas y numerosas colectividades de pequeños agricultores independientes, mantienen ocupadas extensas áreas territoriales en toda la región, con una diversidad de formas de producción que cubre un gran abanico de relaciones con el mercado interno, en sus municipios, y también en otros de los departamentos limítrofes. En muchos pueblos prevalece la economía de subsistencia, aunque son ya varias décadas en las que el deterioro gradual de la tierra y las sequías los han convertido en comunidades expulsoras de habitantes que no encuentran recursos para asentarse en sus territorios de origen. Los destinos de estos pobladores son las minas, el trópico cochabambino, las plantaciones de Santa Cruz y del norte argentino, así como las ciudades capitales de todo el país.

El auge minero y de la coca no ha significado sino un mayor incentivo para las corrientes migratorias de población rural de la región, con un retorno económico apenas perceptible en la provisión de electricidad, agua y alguna infraestructura social, muchas veces sobreestimada. A contrapelo de la tendencia al despoblamiento rural surgen edificaciones y carreteras visiblemente desproporcionadas, incluyendo recientemente la construcción y equipamiento de centros de salud y educación de dudosa utilidad para un futuro cercano.

Condición étnica

La mitad de los potosinos aprendió a hablar en quechua y más del 40% en castellano; solo un 3% en aymara, casi todos en el norte, en los límites con Oruro. Sin embargo, en esta región la población quechua es muy superior a la media del departamento. Los quechuas suman el 68% de habitantes, tanto en la puna como en los valles.

En Chayanta, 72% son quechuas, pero en Llallagua aprendieron a hablar en castellano más del 57% y solo el 34% en quechua. En el resto de los municipios del norte de Potosí el idioma materno es con mucha mayor prominencia el quechua: Chuquiuhuta con 59%, Colquechaca con 83%, Ravelo con 88%, Pocoata con 82%, Ocurí con 88%, San Pedro de Buena Vista con 84%, Toro Toro con 83%, Sacaca con 62%, Arampampa con 83% y Acasio con 81%. Los aymaras son relativamente significativos en Sacaca con el 22% de la población de ese municipio, Caripuyo con el 60% –donde los quechuas son solo el 26%– y Chuquiuhuta con el 18%.

573.000 personas, cerca del 70% de los 828.000 habitantes que viven en el departamento de Potosí afirman que pertenecen a algún pueblo indígena originario campesino. La mayor parte, el 80%, son quechuas. En el norte de Potosí la proporción de indígenas originarios campesinos es incluso mayor (82%), de los cuales el 90% es quechua. El segundo grupo de importancia, de muy lejos, es el aymara, que representa el 6% de los indígenas del departamento y el 8% del norte de Potosí.

En casi todos los municipios la proporción de quechuas es muy cercana al promedio departamental, exceptuando en Caripuyo donde los aymaras suman el 70% de los indígenas y en Sacaca, el 27%. De todos modos, en el norte de Potosí existen otros pueblos muy pequeños que tienen sus ayllus y sus territorios propios, como los jukumani, qaqachaca, chayanta, chichas, chulpas, suyu charcas, suyu suras y otros.

Migración

De los 828.000 habitantes registrados en el departamento, el 32% (265.000) reside en el norte de Potosí, y este porcentaje tiene una alta tendencia decreciente. En conjunto, el 77% de los habitantes de Potosí nacieron en el mismo lugar donde radican; esta proporción se eleva en el norte al 82%, que es casi la misma proporción de los que vivieron en la región en los últimos cinco años. En suma, es muy poca gente la que va al norte de Potosí para quedarse por mucho tiempo; es una zona tradicionalmente expulsora de población, exceptuando, otra vez, Llallagua, que es la que más inmigrantes –no muchos– recibió en los últimos años, especialmente durante el auge minero de mediados de la primera década del siglo. 11% de sus residentes vivían cinco años antes en otro lugar del país y 69% nacieron en Llallagua. En Pocoata y San Pedro de Buena Vista, los residentes nacidos en el lugar son cerca del 88%.

Vivienda

En el departamento de Potosí, el 74% de las viviendas tiene paredes de adobe, y casi todas las viviendas rurales son de adobe y piedra. Las casas de ladrillo son solo el 20% del total, todas en

centros urbanos y poblados mayores. En el norte de Potosí el porcentaje de casas de adobe llega al 84% y las de ladrillo baja al 9%; en el resto de los municipios de la región, prácticamente todas las casas son de adobe o piedra.

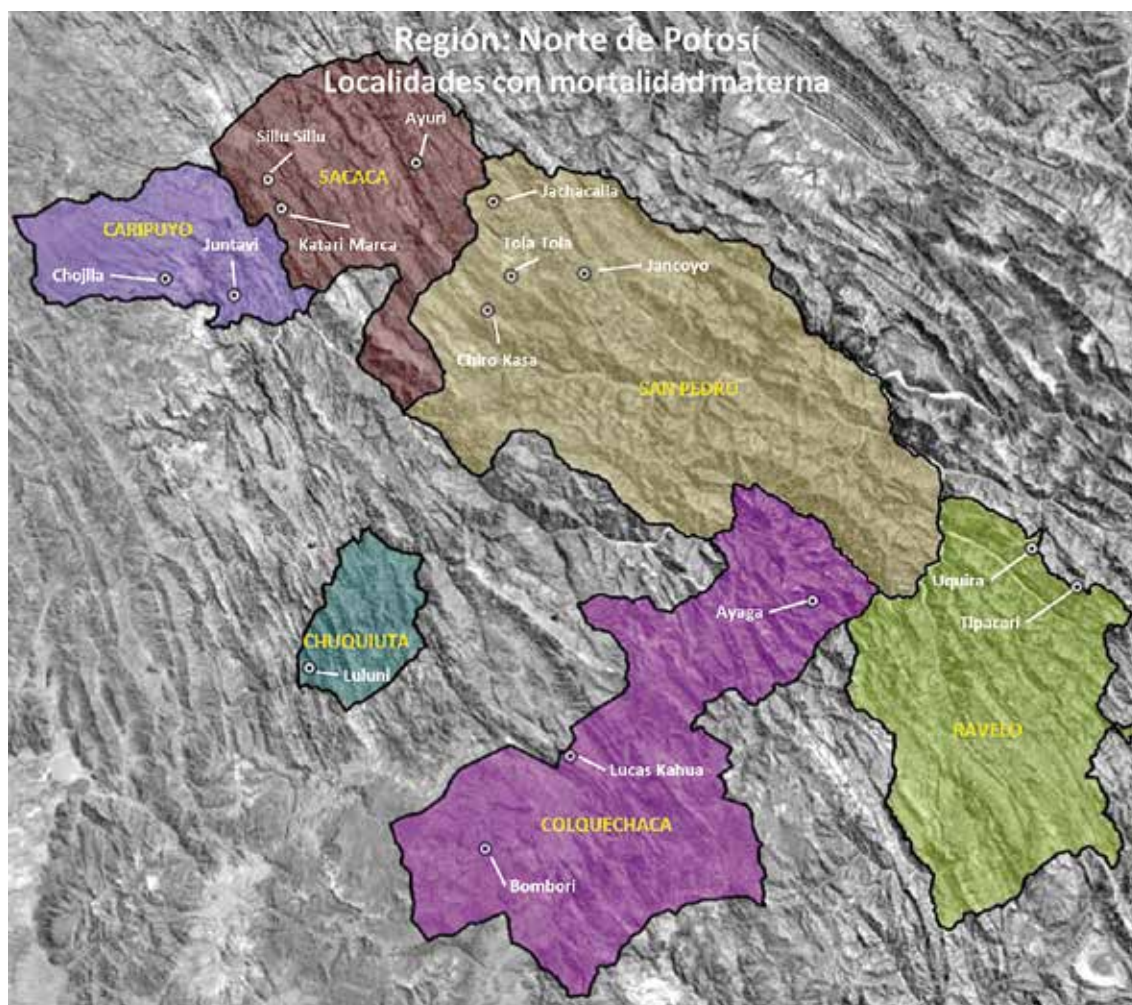
La calamina es el material del techo usado por la mayoría de los habitantes del departamento (58%), pero todavía un 26% de las viviendas tiene techo de paja y barro. En el norte, la relación es similar: 64% de calamina y 30% de paja y barro. En los municipios más fríos y más cercanos a la carretera Potosí-Oruro predominan con mucho los techos de calamina, en cerca del 90% de las casas. En los valles y municipios más alejados, la mayoría de los techos son de barro y paja. Los pisos de la mitad de las viviendas del departamento y, en mayor medida, del norte son generalmente de tierra aprisionada. Entre otros, el material más accesible y empleado para cubrir los pisos es el cemento (38% en el promedio departamental y 21% en el norte de Potosí). En Llallagua, el 40% de las viviendas tiene piso de cemento y casi el 20% cuenta con pisos de machimbre. Para el resto, la tierra simple es lo común.

Servicios

En el departamento de Potosí, apenas poco más de la mitad de las viviendas (56%) tiene acceso a agua procedente de cañerías y en el norte de Potosí, aún menos (41%). En ambos casos la segunda opción es la pileta pública, pero en el conjunto del departamento esta proporción es pequeña (19%) frente al 33% del norte. Los ríos o vertientes sirven al 13% de las viviendas y el pozo sin bomba al 9%, en ambos casos. En Llallagua, un 70% de las viviendas están conectadas a la red de cañería y un 22% recurre a la pileta pública. Otros nueve municipios tienen entre un 40% y 54% de viviendas conectadas a las redes. El resto, entre 17% (Chuquiuhuta) y 36% (Ocurí); en Chuquiuhuta también se da la mayor proporción de viviendas que obtienen agua de ríos, vertientes y pozos (39%), seguido de cerca por San Pedro de Buena Vista y Ocurí, con el 35%.

En el departamento, el 76% de las viviendas tiene sus desagües por alcantarillado, bajando la proporción en el norte de Potosí al 61%, siendo que en Llallagua gozan de ese servicio el 91% de las viviendas. En la mayoría de los otros municipios las cifras son mucho más bajas: 35% en Colquechaca, 21% en Ravelo, 23% en Pocoata, 36% en Ocurí, 32% en Toro Toro, 25% en Caripuyu y 1% en Arampampa. En general predomina el uso de cámaras sépticas o pozos ciegos y siguen existiendo regiones donde no se tiene ningún sistema.

Hay cerca de 80.000 viviendas en el norte de Potosí poco menos de un tercio de las 242.000 de todo el departamento. En promedio, a nivel departamental, el gas es el combustible empleado para cocinar en el 42% de las viviendas, con tendencia a subir, mientras que el 45% utiliza leña. En el norte es menor la proporción de viviendas en las que se usa gas (32%) y mayor en las que se usa leña (61%). Es prácticamente imposible que las viviendas rurales, accesibles a pie por sendas que desprenden de carreteras en montañas elevadísimas, puedan emplear gas y aunque pudieran llegar las garrafas de algún modo, su costo sería muy elevado. Llallagua, el municipio más urbanizado y solvente, tiene al 82% de sus viviendas habilitadas para cocinar con gas; en el resto de los municipios usan leña entre el 75% al 85% de las viviendas.



Educación

La inasistencia escolar en el norte de Potosí solo es ligeramente superior a la del promedio del departamento: 14% frente al 12%, pese a que las condiciones de traslado desde los hogares a las escuelas son ostensiblemente más difíciles en el norte, donde recién en los últimos años algunos municipios están facilitando el transporte escolar para disminuir en algo la ardua caminata diaria de miles de niños. El desayuno escolar es, para muchos de estos menores, la mejor alimentación a la que pueden acceder. También hay internados donde gran parte de los niños reciben todos los estímulos necesarios para su desarrollo, pero que aún no tienen una cobertura suficiente y las pocas obligaciones de contraparte familiar no siempre pueden cumplirse por la pobreza extrema en la que se encuentran.

Gracias a su mejor situación, tienen un menor porcentaje de inasistencia los municipios de Uncía con el 10%, Chayanta con el 11%, Llallagua con el 8%, Pocoata con el 12%, Caripuyo con el 12% y Acasio con el 13%; pero están igual o por encima del promedio departamental Chuquiuhuta, con el 14%, Colquechaca con el 18%, Ravelo con el 15%, Ocurí con el 19%, San Pedro de Buena Vista con el 16%, Toro Toro con el 15%, Sacaca con el 18%, Arampampa con el 18%. Gran parte de los niños que se ven imposibilitados de asistir a clases son aquellos cuyas familias requieren su participación, a veces decisiva, en las actividades productivas y domésticas.

Salud

Los establecimientos públicos son la principal referencia para la atención de la salud de la mayoría de la población del departamento (59%), pero también un 52% recurre a soluciones caseras para combatir una gran variedad de padecimientos comunes. Un poco menor es la proporción de los que consultan directamente con la farmacia por los medicamentos que necesitan (41%). En menor cantidad, 26%, busca en la medicina tradicional la solución de sus problemas médicos; 23% con la seguridad social y muy pocos con la medicina privada (12%). El mismo esquema se reproduce en el norte de Potosí, aunque es mayor el porcentaje de personas que recurren a la medicina tradicional (34%) y mucho menor el porcentaje de personas que buscan atención en las farmacias (26%).

Sin embargo, los municipios vinculados a la minería y con poblaciones mayores, como Uncía y Llallagua tienen un porcentaje mayor de población afiliada a la seguridad social, hasta el 38% de la población.

3.3. Centro de Potosí

Población

De las 828.093 personas censadas el 2012 en el departamento de Potosí, 267.730 corresponden al conjunto de municipios de la región central, incluido el municipio capital con 191.302 habitantes. Es decir, el 32% de la población radica en la región central y el 71% de este grupo corresponde al municipio de Potosí. De estos últimos, solo el 8% vive en comunidades rurales del municipio; los otros municipios son pequeños en general. De toda la población de la región central, Tinguipaya tiene al 10%, Yocalla al 3%, Urmiri al 1%, Tacobamba al 4%, Tomave al 6% y Porco al 4%.

Lengua materna

335.000 habitantes del aprendieron a hablar en español, 416.000 en quechua y 26.000 en aymara, lo que hace al departamento de Potosí uno de los pocos en los que la población cuyo idioma materno es originario es mayoritaria. Sin embargo, de los 268.000 habitantes de los municipios del centro de Potosí, 149.000 tienen al castellano como primera lengua, 99.000 al quechua y 2.500 al aymara, dejando a la población quechua en segundo lugar, bastante lejos de la población aymara y otras minoritarias. En la ciudad de Potosí, de 191.000 habitantes 150.000 (69%) hablaban español desde un principio, 46.000 quechua (24%) y 1.300 aymara (1%).

Una gran mayoría de la población de Tinguipaya es quechua, cerca del 88%, aunque casi todos, especialmente los jóvenes, hablan español con naturalidad. En Yocalla el 64% tiene al quechua como primera lengua, en Urmiri casi la mitad es quechua de origen y es donde existe casi un tercio de población de origen aymara, solo 18% tiene el castellano como primera lengua. 86% de la población de Tacobamba, 59% de Tomave, y 37% en Porco es quechua hablante de origen y el 55% habla castellano como primera lengua.

Migración

Casi no hay variaciones en la composición demográfica del departamento desde el punto de vista de la migración. Entre los residentes actuales, en todos los municipios, cerca del 20% son inmigrantes de otras zonas y departamentos. Las épocas de auge de la minería hicieron que los potosinos retornen o no se vayan, pero es difícil que llegue gente de otras poblaciones. En todos los municipios de la región central, entre el 72% y el 92% de sus habitantes son nacidos en el lugar. Solo en Porco –otra vez por las fluctuaciones mineras– algo más de mitad son nacidos en el municipio.

Vivienda

En todo el departamento de Potosí se registraron 242.181 viviendas en 2012, de las que 75.438 (31%) se encuentran en la región central y 51.606 en el municipio de Potosí (68% de la región). Solo el 22% de las viviendas tienen las paredes de ladrillo, frente a 74% que son de adobe o barro. En la región central, en cambio, 33% de las viviendas tienen las paredes de ladrillo y en el municipio de Potosí este porcentaje sube al 43%.

La calamina ya es el material predominante de los techos en las viviendas del departamento: 58%. 62% en los municipios de la región y 69% en la capital, tienen techos de calamina. También los porcentajes de viviendas con los techos de tejas, cemento y hormigón armado suben de 15% a nivel departamental a 20% a nivel regional y a 27% en el municipio de Potosí. A la inversa, el techo de paja y barro es empleado por el 26% de las viviendas del departamento, por el 17% de la región y por solo el 3% de la ciudad de Potosí. Los pisos son de cemento en el 60% de las viviendas del municipio de Potosí y solo en el 38% de las viviendas del departamento. Casi la mitad de viviendas del departamento tiene el piso de tierra aplanada frente al 27% a nivel regional y al 10% en el municipio de Potosí. En todos los municipios de la región central, exceptuando Potosí y Porco, la norma es tener casas de adobe, techos de paja y pisos de tierra, entre un 66% a 92% de las viviendas.

Servicios

A principios de la segunda década del siglo, el 38% de las viviendas de la ciudad de Potosí tenía gas domiciliario, mientras que la mayoría (56%) aún empleaba el gas en garrafa. En toda la región central, el uso de gas domiciliario era menor (25%), pero en mayor medida que el promedio departamental del 8%, aunque el uso de gas en garrafa ya se acercaba a la mitad en todo el departamento. En los municipios alejados y en las áreas rurales, la leña es aún el combustible más importante, lo que hace que en el promedio departamental, 45% de los hogares siga utilizando la leña.

En Tinguipaya, en el 88% de las viviendas se emplea leña para cocinar; en Yocalla el porcentaje llega al 52%, en Urmiri al 82%; en Tacobamba al 88%; en Tomave al 69%. En Porco, en cambio, en el 74% de los hogares se emplea gas en garrafa como combustible doméstico.

Poco a poco se va extendiendo el empleo de los carros recolectores de basura en las zonas más urbanizadas, empezando por la ciudad de Potosí, donde el 66% de la población utiliza los carros que visitan los barrios varios días a la semana; un 16%, que reside en las zonas de difícil acceso deposita su basura en contenedores públicos. En toda la región central, el 49% tiene acceso al servicio de carros basureros y en el todo el departamento, el 31%; lo que significa que aún el 62% de la población del departamento bota la basura en terrenos baldíos, o ríos, la entierra o la queman. En la región central, ese porcentaje disminuye al 39%. Prácticamente todas las comunidades rurales de Tinguipaya, Yocalla, Urmiri, Tacobamba y Tomave carecen del servicio de recojo de basura. Solo en Porco un 64% de la población recibe en sus viviendas la visita periódica de carros basureros.

Cerca del 85% de las viviendas del municipio de Potosí, 73% de la región central y 53% del departamento están conectadas a la distribución de agua por cañería. Casi el 20% de las viviendas, de varias comunidades rurales, tiene agua por piletas públicas. El resto, 23% del departamento, 16% de la región y 4% de la capital, obtiene agua de pozos, ríos o lagos. En Tinguipaya, Urmiri y Tomave este último caso se extiende del 53% al 59% de las viviendas.

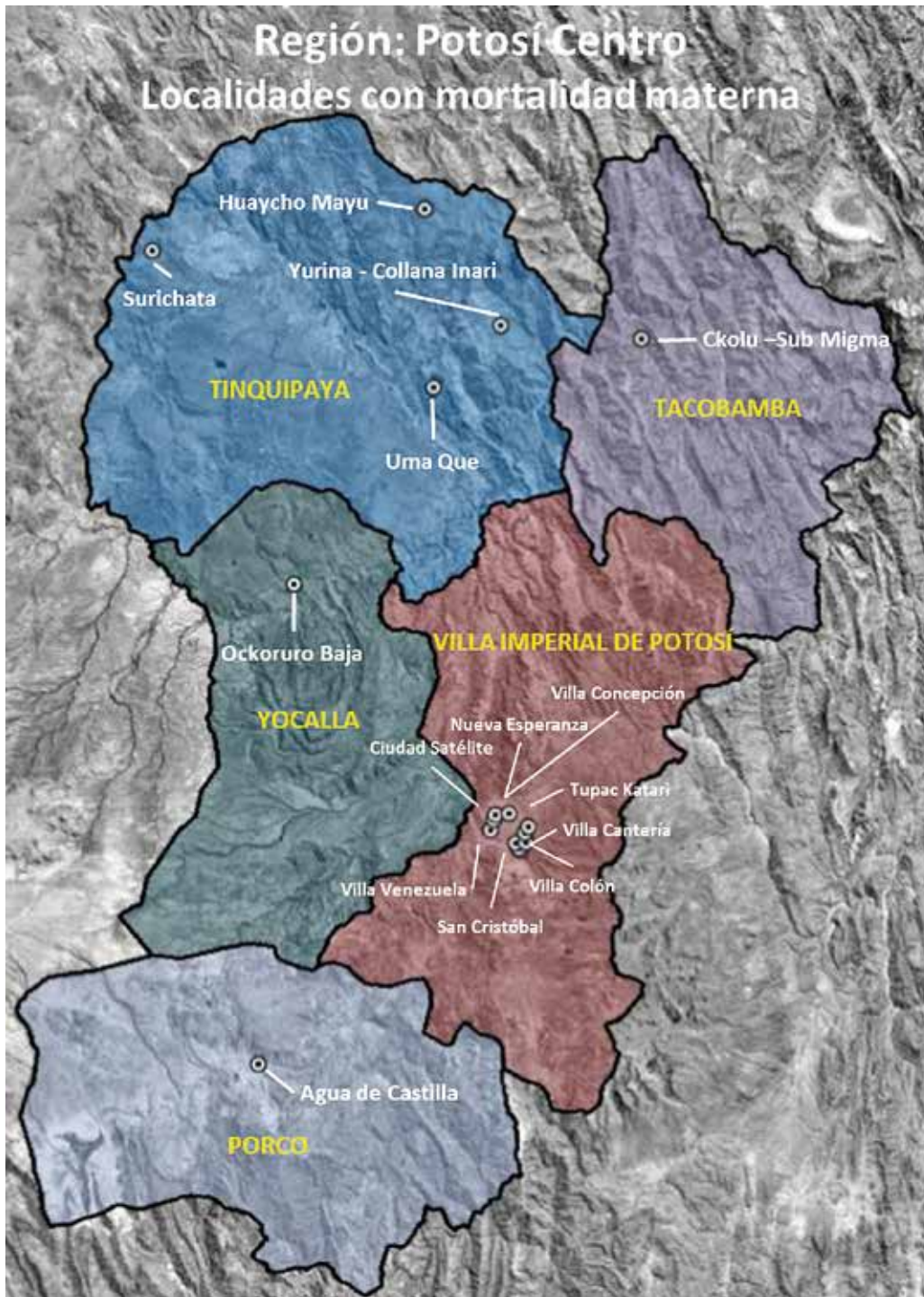
El desagüe de aguas servidas se realiza por alcantarillado en el 98% de las viviendas del municipio de Potosí, en el 94%, en la región central y en el 76% en el departamento, lo que significa un avance notable con relación a años anteriores, pero aun así, el 20% de la población de esta área realiza sus evacuaciones en pozos ciegos y gran parte de ellos se encuentra en municipios como Tinguipaya, donde el 80% de las viviendas aún mantienen ese sistema. En Urmiri, 84%; en Tacobamba, 46% tiene pozos, pero 21% sigue trasladándose a las playas de los ríos para hacer sus deposiciones. En Tomave 37% de las viviendas cuenta con alcantarillado, 29% con cámara séptica y 42% con pozo. En Yocalla, 42% alcantarillado y 49% pozos.

A nivel departamental, 66% de las viviendas cuenta con energía eléctrica de red pública, subiendo en la región central a 80% y en el municipio de Potosí a 94%. En cambio, en Tinguipaya el 61%, en Urmiri el 52% y en Tacobamba el 72% no tienen energía eléctrica en sus casas.

Educación

La capital del departamento tiene la menor tasa de ausentismo escolar: 8% de las personas entre 6 y 19 años no asiste a ningún establecimiento educativo, mientras que en los siete municipios en conjunto la proporción se eleva a un promedio de 10% y a nivel departamental a 12%. Son más de 72.000 estudiantes en estos municipios, de los cuales 57.000 habitan en la ciudad capital.

En Tinguipaya la proporción de personas de 6 a 19 años que no asiste a la escuela sube bruscamente al 22%. En cambio, por la cercanía a la capital, en Yocalla es del 9%; en Urmiri del 12%; del 15% en Tacobamba, del 9% en Tomave y del 10% en Porco. Puede también evidenciarse que gran parte del ausentismo escolar se produce entre las mujeres y durante los primeros años de la educación primaria, en casi todas las comunidades del área rural de la región.



Salud

La seguridad social pública tiene una cobertura del 23% de la población del departamento, la que se ve incrementada con seguros privados en un 9%, conformando un promedio de 32% del total, que es un porcentaje superior a la media nacional, debido a la presencia de empresas y cooperativas mineras. La situación mejora en la región central, donde el 29% de los pobladores asiste a establecimientos de la seguridad social pública y 16% a la privada, llegando al 35%. Por lo mismo, en la ciudad de Potosí, cerca del 35% de la población requiere los servicios de la seguridad social pública y 20% de la privada, llegando al 55%.

De todas formas, entre el 52% y el 59% de la población indica que suele asistir a establecimientos públicos para algunas de sus consultas médicas. Con pocas variantes, existe una exposición a la medicina casera y tradicional de más de las tres cuartas partes de las personas, y a la consulta directa en farmacias de más del 50%.

En municipios rurales como Tinguipaya o Tacobamba son pocos los que recurren a la seguridad social: menos del 10%; en Tinguipaya, consulta con los establecimientos públicos el 61% de las personas, el 48% se limita a la medicina tradicional y el 63% tiene conocimientos caseros de medicina. En Tacobamba, el 55% de las personas recurre a establecimientos públicos; en el municipio de Yocalla, el 73% recurre a establecimientos públicos y solo 26% a la medicina tradicional. En Urmiri, el 75% visita establecimientos públicos y el 57% emplea la medicina tradicional como primera opción. En Porco la mitad asiste a establecimiento públicos y la otra mitad a la seguridad social.



Norte de Potosí, vivienda de altura

4. CAUSAS MÉDICAS DE MORTALIDAD MATERNA

En este capítulo se describen y se intentan analizar las causas médicas de las muertes maternas investigadas en las tres regiones que comprenden el estudio. En cada región se incluye un cuadro que permite obtener una imagen aproximada de los tipos de causas que han sido atribuidas al conjunto de fallecimientos acaecidos en 2011. Las variaciones globales se explican por las características de sus poblaciones y sus sistemas locales de salud.

Adicionalmente, se presenta algunas historias de vida de mujeres fallecidas, tratando así de ilustrar procesos particulares que abarcan diferentes factores que podrían explicar la alta exposición de estas mujeres a las circunstancias de sus muertes, más allá de los procesos biológicos.

4.1. Trópico de Cochabamba

Se registró 17 muertes de mujeres relacionadas con el embarazo, parto y postparto en cinco de los siete municipios del trópico de Cochabamba: tres en Sacaba, uno en Colomi, ocho en Villa Tunari, dos en Shinahota y tres en Puerto Villarroel; se obtuvo información directa de los casos en las comunidades o barrios en los que vivían con sus familias.

Son 12 casos de muerte materna directa, tres de las cuales corresponden a embarazos terminados en aborto (un aborto provocado en condiciones inseguras, un aborto resultado de violencia intrafamiliar y otro debido a un embarazo ectópico). Una de estas muertes fue producto de un trastorno hipertensivo en el puerperio (a los 12 días del parto), cuatro muertes se atribuyen a hemorragias que no pudieron controlarse oportunamente durante el parto (dos por retención de placenta, una por placenta previa y otra por shock hipovolémico directo) y tres por otras complicaciones (dos por autoenvenenamiento por herbicidas, en el embarazo y después del parto, y una por trauma obstétrico).

Hubo dos muertes indirectas: un caso de dengue hemorrágico, inmediatamente después del parto y otro de cáncer de mamá, meses después del parto. Las otras tres muertes están vinculadas a politraumatismos: un accidente de tránsito a un mes del parto, un derrumbe de vivienda que aplastó a una mujer encinta y una caída de segundo piso de una señora con embarazo a término.

Muertes maternas del trópico de Cochabamba, por municipios y según causas (2011)

Tipo de muerte	Causas básicas	Causas básicas específicas	Municipios					Total	
			Sacaba	Colomi	Villa Tunari	Shinabota	Puerto Villarroel		
Muerte materna directa	Embarazos que terminan en aborto	Aborto incompleto		Nancy		Tatiana		2	
		Embarazo ectópico	Vicenta					1	
	Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Eclampsia en el puerperio	María					1	
		Hemorragia obstétrica	Hemorragia con placenta retenida			Blanca	Cecilia		2
		Shock hipovolémico			Margarita			1	
		Hemorragia con placenta previa			Claudia			1	
	Infección relacionada con el embarazo	Sepsis puerperal tardía			Leticia			1	
	Otras complicaciones obstétricas	Autoenvenenamiento intencional y exposición a plaguicidas			Adriana		Martha		2
		Trauma obstétrico					Alma		1
Muerte materna indirecta	Complicaciones no obstétricas	Cáncer de mama	Juana					1	
		Dengue				Jeny		1	
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Poli-traumatismo (accidente de tránsito)			Celia			1	
		Poli-traumatismo (caída de segundo piso)			Laura			1	
		Poli-traumatismo (derrumbe de casa)			Susana			1	
Total			3	1	8	2	3	17	

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de los formularios del Estudio Nacional de Mortalidad Materna, MS-INE, La Paz, 2015.

María, Sacaba

En 2011 murió María, una mujer quechua de 23 años que pasó sus últimos meses en la vivienda de sus padres y sus hermanos, en un poblado cercano a Sacaba, colindante con la carretera principal que une Cochabamba con Santa Cruz. Allí había cursado estudios hasta primero de secundaria. Poco antes, ya con un embarazo avanzado, había retornado con su esposo de Argentina a donde años atrás fueron en busca de trabajo. Volvieron en busca del apoyo de su familia para el parto y la crianza de su bebé.

El médico del centro de salud de su comunidad la atendió en un par de consultas prenatales y le recomendó dirigirse al hospital de Sacaba cuando sintiera los dolores de parto, advirtiéndole que seguramente debía ser intervenida quirúrgicamente por los antecedentes de hipertensión y la diabetes que padecía por varios años. Cuando llegó el día, en el hospital confirmaron la necesidad de una cesárea y, por falta de personal y condiciones, la derivaron al hospital de Cochabamba, donde se le practicó la intervención sin mayores dificultades. Fue atendida por ginecología y enfermería y tuvo un hijo que debió pasar unos días de observación en una incubadora debido a la ictericia.

Cuando retornó a su pueblo acudió al centro de salud para sus controles puerperales (curación día por medio de la herida postoperatoria y retiro de puntos a los 12 días). El mismo día que el médico de su comunidad le quitó los puntos de la cicatriz, sin notar nada anormal, María sintió fuertes dolores de cabeza, se le hincharon los pies, le aparecieron edemas en las manos, tuvo náuseas y vómitos. Una vez que le detectaron una eclampsia severa, la familia la condujo directamente al hospital de Cochabamba, donde poco después falleció, pues pese a la valoración médica y neurológica, no la intervinieron de emergencia para drenar el hematoma intracraneal. Después de una considerable espera en neurocirugía, inexplicablemente le programaron una cirugía para el día siguiente, pero a las horas murió en la Unidad de Cuidados Intensivos a causa de un accidente cerebro vascular.

La reconstrucción posterior de la historia clínica de la mujer muestra antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión, que posiblemente derivaron durante el puerperio en el accidente vascular encefálico. Los familiares y el médico del centro de salud que la atendió durante los últimos meses del embarazo recuerdan que María seguía un tratamiento para controlar la diabetes pero no advirtieron problemas hipertensivos durante el embarazo hasta que sufrió la eclampsia puerperal súbita. Por otro lado, tenía antecedentes gineco-obstétricos relevantes, como dos abortos anteriores al embarazo (el último en 2008) y –de acuerdo con la familia– tuvo dos hermanas que fallecieron por accidentes cerebro vasculares con los mismos síntomas.

Pese a que el médico de la comunidad insiste en que se trató de una “muerte súbita”: que “a veces pasa que estando bien una persona sobreviene un cuadro fulminante... por eso se dice: estaba bien y de pronto se murió”, subsiste la interrogante de por qué no se tomaron en cuenta los antecedentes para propiciar el parto, luego de las 37 semanas de embarazo, en forma programada, sin esperar que llegue a la semana 43 como se hizo. ¿Estaba bien controlada en ambos cuadros antes del embarazo?, ¿en qué consistió el manejo de estas enfermedades los 12 días de puerperio?

No se pudo encontrar una explicación razonable de por qué se programó una cirugía para el día siguiente a su consulta de emergencia. ¿Qué manejo médico se indicó a la espera de la cirugía? ¿Se detectó alguna malformación vascular o hipertensión? De existir malformación vascular, ¿por qué no se detectó durante el embarazo? Los expertos opinan que es llamativo que asistiera día por medio al centro de salud después de la cesárea y el mismo día de retiro de puntos presente el cuadro neurovascular y fallezca pocas horas después. De ser así, afirman, debió pasar por varios periodos de inestabilidad hemodinámica, pero el momento crítico se produjo con la decisión de programar cirugía endocraneal para el día siguiente.

La diabetes y la hipertensión crónica son factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia y también para eventos cerebrovasculares; a su vez, la preeclampsia-eclampsia es factor de riesgo para eventos cerebrovasculares. La omisión de estos antecedentes es una falla grave para un centro de salud de primer nivel y más aún para uno de segundo nivel, como el de Sacaba, que no termina por posicionarse y funcionar a esa altura; pero que el de tercer nivel de Cochabamba no pueda actuar ante este tipo de emergencias, es un extremo inexplicable.

En el pueblo de María, agrícola por excelencia (productor de haba, papa, maíz y verduras), la tierra es limitada y por generaciones ha sido dividida y subdividida entre los herederos de las familias, hasta el extremo de que ya no es posible vivir de su producción. Los que no han emigrado destinan la mitad de su producción para el autoconsumo y la mitad para el mercado, pero igual deben buscar otras fuentes de ingreso para cumplir con los gastos mínimos de sus familias. La gente busca trabajo en Sacaba, el trópico, Cochabamba y Santa Cruz, dejando a sus hijos con abuelos o familiares cercanos, por largas temporadas.

María, según cuentan familiares y conocidos, era una mujer alegre e inquieta que estaba en cuarto año de secundaria cuando fue seducida por una señora que le ofreció un empleo en Argentina, lo que significaba la posibilidad de contar con sus propios recursos para independizarse. Sin dudarlo hizo maletas y viajó hasta una de población argentina donde emplean obreras en fábricas de textiles. Trabajó un tiempo y luego se cambió a otro lugar con mejores opciones. Conoció allí a un joven de quien se enamoró, y empezaron una vida en pareja, lejos de sus parientes más cercanos. Durante varios años alternó temporadas de trabajo en el vecino país, con otras en su pueblo, donde convivía en pareja, en la vivienda de sus familiares, sin mayores dificultades. Un pariente en Argentina y otros en distintos lugares de Cochabamba, incluyendo a su hermano y su familia que viven en la misma casa, muestran una estructura familiar compacta, solidaria en la que es frecuente el intercambio de apoyo según las necesidades del trabajo y personales. Esta red de apoyo fue constante y eficiente en los varios momentos de consulta y atención de la salud de María, que siempre estuvo acompañada; de hecho su bebé se quedó al cuidado de sus abuelos, pues su esposo, que cuando enviudó se encontraba sin trabajo, “se fue en busca de una nueva vida”. Dicen que trabaja de mecánico en una Alcaldía y que ya tiene una nueva mujer.

Su hermano, chofer de una próspera industria de derivados de petróleo en el trópico cochabambino y dueño de un vehículo, coincide con su padre que por costumbre, en la familia nunca piensan mucho en la alimentación ni en las condiciones de salud, que comen lo que haya y lo que se pueda y todos por igual. Con la mirada en el suelo, reconoce algo que tenía guardado hace mucho, que

su hermana María comió chicharrón de cerdo y bebió un poco de chicha el día anterior a su crisis, pese a que el médico le prohibió el consumo de grasas, picante o alcohol durante la rehabilitación.

Jeny, Puerto Villarroel

Jeny, de 37 años, murió en el puerperio, luego de dar a luz a su sexto hijo. Había tenido un aborto antes de ese último embarazo. Quechua, con solo tres años de educación escolar concluidos, vivía en una comunidad de Puerto Villarroel cargada de hijos y sueños de prosperidad, en una vivienda sencilla tomada en alquiler y adquiriendo préstamos bancarios para diferentes emprendimientos comerciales. Sus padres también viven en el lugar en condiciones de pobreza porque no tienen terrenos para cultivar y solo trabajos ocasionales.

Una tarde, cuando su embarazo ya había llegado a término, comenzó a sentir los dolores de parto y se trasladó al hospital de Ivirgarzama. Dio a luz a la mañana siguiente en la sección Ginecología, con asistencia de personal de Medicina General, pero como la hemorragia persistió por más de dos horas, se la trasladó al hospital de tercer nivel de referencia en Cochabamba, sin antes cumplir con los protocolos de estabilización ni los estudios que demandan este tipo de casos.

El médico que la atendió cuenta que tuvo que acompañarla en la ambulancia porque era necesario aplicarle un procedimiento manual de emergencia para presionar el útero y limitar la pérdida de sangre, teniendo en cuenta que el viaje dura alrededor de cuatro horas. Sin embargo, no recuerda con precisión cuánto tiempo antes del viaje Jeny empezó a sufrir el cuadro agudo; la familia insiste en que fueron por lo menos dos horas, pero en la hoja de referencia no figuran los tiempos.

En el hospital de la capital no hay información clara sobre el momento en que fue ingresada, puesto que el reporte clínico menciona solo la hora de inicio de la evaluación médica de la paciente. Es posible, como afirma el médico, que hubiese existido una importante demora en ese proceso, porque no se percataron de la gravedad del caso, o por saturación de pacientes. “Era llegar y ponerla en la UTI (Unidad de Terapia Intensiva), mi trabajo concluye con la entrega de la paciente a emergencias, de ahí es problema del hospital que la recibe”, señala y advierte que la hora de ingreso escrita en el historial médico es incorrecta con al menos dos horas.

Un representante del hospital explica su versión de lo sucedido: “En nuestro servicio ingresa inmediatamente a ucim con Glasgow 3/15 taquicardia, hipotensa, con saturación de oxígeno 78%, taquipneica, pupilas midriáticas arreflécticas (coma), con hemorragia genital masiva, por lo que se realiza taponaje e intubación endotraqueal, adminstracion de ciristaloides, haemaccel 1 CGR; se solicita laboratorios urgentes tomándose muestra con resultados posteriores compatibles con CID. Presenta paro cardiorrespiratorio a la hora de ingreso, el mismo que no revierte con maniobras de reanimación. Muere a las 16:30”.

Lo incomprensible de este caso es que entre la manifestación de la atonía uterina y el shock hipovolémico que provocó su muerte pasaron seis horas, en las que estuvo internada o en ambulancia, siempre al cuidado de profesionales; es más, estuvo bajo techo hospitalario y cuidados médicos desde la medianoche del día anterior. Investigados los antecedentes, se conoce que el médico del centro de salud de la comunidad donde residía, a casi una hora de Ivirgarzama, le

había diagnosticado clínicamente dengue durante la etapa final del embarazo. El doctor, con muchos años de experiencia en la zona, le había recomendado a Jeny –quien, según cuenta, asistía disciplinadamente a todos sus controles prenatales– que debía consultar en el hospital de Ivirgarzama, puesto que él no tenía capacidad para atender un parto con esa patología en curso. Según afirma, la envió al hospital dos semanas antes de su parto, con ese diagnóstico probable y con la intención de que sea intervenida quirúrgicamente en forma preventiva; sin embargo, en el hospital la mandaron de vuelta a casa con la indicación de que debía esperar hasta que entre en trabajo de parto. Un día, cuando volvió a encontrarla trabajando en la calle (era recolectora de yuca) le advirtió abiertamente: “tienes que ir al hospital para tu parto, tienes dengue y yo no puedo atenderte”. Al día siguiente empezaron sus dolores y fue conducida en coche prestado al hospital.

De acuerdo con expertos, el dengue en el embarazo puede culminar en parto normal y ocasionalmente causar complicaciones, e incluso la muerte materna, por lo que las gestantes que lo contraen requieren controles prenatales especializados y vigilancia. Estos casos eventualmente requieren recuentos plaquetarios y hematocritos para considerar reposición de plasma, fluidoterapia o transfusión sanguínea, pero el hospital de segundo nivel no cuenta con capacidades específicas de laboratorio ni para hacer transfusiones. Además, el dengue hemorrágico puede relacionarse con problemas en el recién nacido (bajo peso al nacer, es el más importante). Luego del diagnóstico, Jeny volvió a acudir al hospital ya en trabajo de parto y fue atendida inicialmente como parto normal.

Tras la muerte de Jeny, su esposo dejó a sus hijos en manos de sus ancianos suegros. Cuando lo denunciaron porque no cumplía con sus obligaciones económicas, y le entregaron una citación ante un juez de Ivirgarzama, desapareció. Conocidos dicen que se ha vuelto a casar y que ya tiene otros hijos. ¿Y los niños? A la recién nacida se la llevó por un tiempo una tía materna, que la dejó en una casa hogar de donde poco después retornó con sus abuelos. Dos de los niños mayores se fueron a trabajar con un tío; la hija mayor se quedó a cargo de sus abuelos y sus hermanitos. Los dos ancianos trabajan de peones, en turnos de día por medio, por 50 bolivianos de salario al día. En esas condiciones atienden a los niños, los envían a la escuela y los alimentan como pueden. El abuelo dice que el médico ofreció atención gratuita y permanente para toda la familia, aunque muchas veces les faltan medicamentos.

Claudia, Villa Tunari

Un lunes en la noche, ya cumplidos los nueve meses de embarazo, Claudia, una mojeña de 34 años, se asustó por un fuerte ruido en las cercanías de su vivienda que colinda con la senda que sale del pueblo hacia el “río viejo”, el lecho de otro mayor que cambió su curso hace unos años y que ahora está con agua estancada y turbia en la que los vecinos se bañan, lavan ropa y recogen agua para sus casas.

La casa de Claudia y su pequeña comunidad mojeña están casi aisladas, pues recién muy avanzado el río languideciente por medio de una selva espesa se llega a un río mayor y navegable que, una vez tramontado, da a un bosque pantanoso y de copiosa vegetación en el que hace muchos años se realizan esporádicos trabajos con motoniveladoras para intentar abrir paso.

Luego de comprobar que el ruido no era nada de cuidado, la joven se acostó y se durmió, pero solo hasta las cuatro de la madrugada, cuando se despertó con fuertes dolores abdominales y un sangrado que duró todo el día. Su esposo le puso un cataplasma con hierbas medicinales y le dio mates, pero nada detuvo el sangrado. Ese día la mayoría de los adultos y jóvenes de la comunidad trabajaba precisamente en la apertura de la senda, de modo que era casi imposible pensar en evacuarla. Según testimonios, se necesitaba al menos 16 hombres para sacarla en hamaca y a pie, en un viaje que por entonces podía durar una semana hasta el hospital más cercano. Tampoco había forma de pedir auxilio externo porque nadie atendía la radio, que no siempre funciona porque es alimentada por batería de camión. Está claro que en la comunidad no existía entonces personal de salud, y como mucho, de cuando en cuando una brigada médica de una ONG de San Ignacio de Moxos llegaba a la zona para atender algunos casos y capacitar a voluntarios en curaciones básicas.

Años antes la joven, que apenas había vencido el tercer curso de primaria, se trasladó de su comunidad a la de su compañero, con el consentimiento de sus padres y cumpliendo así las costumbres de esta etnia dispersada por todo el Territorio Indígena del Parque Nacional Isiboro Sécuré (TIPNIS) y otros territorios conexos.

En los cuatro anteriores partos, la madre y las hermanas de Claudia se habían dado modos para acompañarla, pero casualmente esta última vez, no ocurrió lo mismo. Por la información proporcionada por el esposo se puede deducir que se presentó la complicación denominada placenta previa, que debe ser atendida de emergencia en un hospital con capacidad quirúrgica y transfusional. Sin auxilio de ningún tipo, la joven no pudo salvarse. Al día siguiente, la autoridad de la comunidad sacó con un cuchillo al bebé del vientre de su madre muerta y los enterraron separados, como contó un dirigente: “según la ley de nosotros, no se puede enterrar a las señoras con sus hijos en el vientre, por eso la autoridad le hizo cesárea para enterrarlos como dos personas”.

Esta comunidad de 300 habitantes, agrupa a unas 50 familias alrededor de una escuela y una parroquia, las únicas construcciones que tienen techo de calamina que permiten recoger agua de lluvia en grandes tanques de cemento que abastecen de agua limpia a toda la comunidad durante los meses secos. Los partos siempre son atendidos a domicilio por las dos parteras tradicionales que viven en la comunidad o por familiares, siempre bajo la expectativa de la comunidad, presta a colaborar. Cada nacimiento es un acontecimiento importante para todos. Las autoridades dicen que casi no ha habido pérdidas por parto y que es normal tener muchos hijos en las familias. “Esto puede haber sido hechicería, se han visto casos así”, comentó alguien.

La vida para la familia de Claudia giraba en torno a la casa y el chaco. “Todo hacíamos los dos y con los hijos, de acuerdo a su edad: cocinar, lavar, limpiar la casa, el patio, sembrar yuca, arroz, deshierbar, cortar leña, traer agua... menos cazar, yo salgo solo y como no siempre se tiene suerte, a veces me quedaba por ahí y ella se enojaba, de eso discutíamos mucho pero no la pegaba”, cuenta el viudo. “También plantamos coca, no mucho, porque vienen los soldados y nos quitan, aunque no todo porque saben que es solo para tener algo de plata... 200 bolivianos máximo se saca”. De este alejado lugar no se puede sacar ni siquiera yuca para vender, así que el poco dinero que circula, por la venta de coca y los jornales de los trabajadores, alcanza apenas para el transporte y compra de víveres en los pueblos quechuas.

Como él, muchos comunarios, especialmente los más jóvenes, salen a trabajar de albañiles o en los chacos de coca de los quechuas por 50 bolivianos al día. Suele ausentarse hasta por dos semanas en las que deja solos a los niños que ya van a la escuela. El hijo mayor, de unos 19 años ya formó su familia, construyó su casa (de tablas y piso de tierra como todas) y estableció su chaco, pero no ayuda en nada a sus hermanos. “Mala suerte he tenido siempre”, dice el viudo.

Muchos jóvenes ya tienen celulares que se cargan con la misma batería que alimenta la radio y el único foco del nuevo puesto de salud, que ahora dispone de dos médicos generales para gran satisfacción de la comunidad. Estos médicos atienden permanentemente y gratis, con medicamentos provistos por el Estado, pero también con los que un sacerdote que vive en Cochabamba les proporciona en cantidades importantes. Tienen la esperanza de mejorar el centro como el Gobierno les ha prometido y tienen acuerdos para solicitar un helicóptero en casos de emergencia.

4.2. Norte de Potosí

Según la pesquisa de estudio postcensal, en 2011 en el norte de Potosí hubo 15 muertes maternas; sin embargo, en la visita de campo realizada a cada una de las comunidades para realizar el levantamiento de información sobre sus historias de vida, se verificó que dos de los casos correspondían a otros periodos: uno ocurrió en 2006, según testimonio de la auxiliar de enfermería que participó en la extracción del segundo óbito fetal de un parto gemelar; el otro corresponde a una mujer que dio a luz en los últimos días de diciembre de 2011 y murió en enero del siguiente año por complicaciones subsecuentes, de acuerdo a la documentación del centro de salud.

Por otra parte, las estimaciones derivadas del muestreo aplicado en el estudio de base indican que hubo más muertes maternas ese año en esa región, pero la información al respecto no fue recogida en el operativo censal. Entre esos casos están cuatro con información parcial en el hospital San Juan de Dios de Oruro, que están registrados en el sistema de información, pero no se pudo localizar las viviendas de las afectadas.

Para los fines cualitativos del estudio de mortalidad materna, el número de muertes investigadas tiene un valor ilustrativo en la medida en que permite entender la gravedad de la situación en conjunto y reconocer regularidades en las condiciones en las que se produjo cada caso. De las 15 muertes investigadas, solo una podría considerarse muerte materna indirecta (meningitis), lo que indica que en general se trata de casos teóricamente evitables con los recursos técnicos y económicos disponibles. Doce de estas muertes fueron producto de hemorragias (ocho por placenta retenida y cuatro por parto obstruido, incluyendo el óbito fetal de parto gemelar), lo que sugiere que prevalecen circunstancias que impiden actuar oportunamente en el manejo de las complicaciones obstétricas.

Muertes maternas en el norte de Potosí, por municipios y según causas (2011)

Tipo de muerte	Causas básicas	Causas básicas específicas	Municipios						Total	
			Ravelo	Colquechaca	Chuqui-huta	Caripuyo	Sacaca	S.P. Buena Vista		
Muerte materna directa	Hemorragia obstétrica	Hemorragia con placenta retenida		Celia					1	
					Leticia				1	
							Adriana		1	
							Tatiana		1	
							Cecilia		1	
								Juana	1	
								María	1	
								Nancy	1	
						Laura,				1
							Blanca, (2006)			1
					Margarita,			1		
					Jeny,		1			
	Infección relacionada con el embarazo	Sepsis puerperal	Alma					1		
					Martha 2012		1			
Muerte materna indirecta	Complicaciones no obstétricas	Meningitis, postparto					Vicenta	1		
Total			2	3	1	2	3	4	15	

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de formularios del Estudio Nacional de Mortalidad Materna, MS-INE, La Paz, 2015.

Jeny, Caripuyo

En un poblado de agricultores de Caripuyo, en la cima de las montañas, hay un lote con varias pequeñas viviendas, habitadas por cinco familias, alrededor de un patio común. Son construcciones de barro, de una sola habitación que sirve de dormitorio además de depósito de víveres y otras posesiones; para cocinar, tienen un fogón techado muy pequeño en el patio. Cada una tiene su medidor de luz para precarias conexiones que consisten en un foco y un enchufe al interior de cada cuarto, excepto en el de Jeny, porque la pareja no pudo reunir los 700 bolivianos para la instalación.

Una madrugada cerca de Todos Santos, Jeny, de 26 años, empezó a sentir los dolores de parto de su tercer hijo. El auxiliar de salud que la atendió parcialmente durante el embarazo fue contactado por el esposo y acudió de inmediato. La mujer, recostada en unos cueros de oveja que le servían de cama, habló con él de muchas cosas, mientras describía sus dolores y contracciones. Esperaba un varón. Cuando le consultó si podía tocarle el estómago y medir el grado de dilatación, la mujer se negó rotundamente. Como a las 6 de la mañana, Jeny le pidió que se retire porque ya estaba por dar a luz, y exigió que su esposo esté presente. El auxiliar esperó por más de una hora en el patio, atizando el fuego para preparar un caldo, hasta que una de las vecinas decidió entrar al cuarto y se percató de que el bebé estaba trancado y solo había salido un pie. El auxiliar acudió y con mucho esfuerzo ayudó a salir al bebé, cuyo corazón dejó de latir pese a numerosos intentos de reanimación.

Según los testimonios que se pudo recoger, la mujer empezó a culpar al marido por su escasa colaboración, tomó la taza de mate que le ofrecieron y se la arrojó al rostro, sin parar de insultar y gritar. Además empezó a patear y repartir golpes en un arrebato de furia desenfrenada. En ese momento expulsó la placenta, pero ni así se calmó: arañó al auxiliar, pateó a su marido y siguió profiriendo gritos, insultos y luego palabras incoherentes en quechua. Sin ninguna posibilidad de tranquilizarla, el auxiliar fue a la escuela para ver si uno de los profesores podía conducir hasta Oruro la ambulancia recientemente adquirida por el municipio. La negociación tardó unas dos horas, y convencido finalmente el profesor, el auxiliar y el marido cargaron a Jeny hasta la ambulancia y entre ambos la sujetaron como pudieron durante el viaje, sin que ella deje de gritar, patear y golpearlos, hasta que poco a poco sus fuerzas fueron disminuyendo, al extremo de que sus signos vitales cayeron bruscamente cerca del mediodía. La ambulancia tuvo que detenerse en un centro de salud ubicado en la carretera, a 85 Km del municipio, y aún muy lejos del Hospital de San Juan de Dios. Ahí declararon su muerte.

Jeny era una mujer tímida pero de carácter explosivo. Cursó hasta tercero de primaria para luego abandonar los estudios y concentrarse en tareas familiares. Durante el embarazo padeció de recurrentes dolores de cabeza por lo que recurrió al puesto de salud en varias oportunidades, hasta que tuvo un cruce de palabras con el médico de visita, quien solicitó al auxiliar atenderla en su lugar en lo futuro. Se sabe que su primera hija, de cuatro años por entonces, era víctima frecuente de maltrato, incluyendo jalones de cabello, golpes con palo y sopapos. Los vecinos recuerdan que el esposo optaba por llevarse con él a la menor a todas sus actividades. Cuando la niña se enteró de la muerte de su madre, comentó que ya nadie la golpearía. El esposo volvió a casarse, con una prima de la fallecida, según dijo, para que trate bien a la niña.

Juana, San Pedro de Buena Vista

En un poblado distante a unas cinco horas de Jancollo, habitado por muy pocas familias y sin puesto de salud, vivía Juana, de 43 años, con sus siete hijos y su esposo con quien se dedicaba a la agricultura y la ganadería en pequeña escala, solo para el autoconsumo. Cosechaban papa y haba que, junto a la avena y el chuño, eran los únicos alimentos cotidianos. Los vecinos los describen como una familia normal, amable y trabajadora.

Una noche, uno de los hijos de Juana, enviado por su padre, despertó al profesor de la escuela multigrado del poblado con la noticia de que el bebé había nacido, pero que Juana no se sentía

bien. El maestro buscó a un vecino mayor conocido por su sabiduría y con él se aproximó a la vivienda de la familia que carecía de luz y agua. Cerca de la una de la mañana y al notar que Juana no había botado la placenta, intentaron provocar su expulsión con mates endulzados con miel. Ni siquiera consideraron llevarla hasta un centro médico debido a la distancia y la oscuridad. La mujer murió poco después en medio de un abundante charco de sangre.

El embarazo de Juana había sido muy diferente a los anteriores; con muchos malestares, dolores de cabeza, edemas en las manos y en la cara, pero pese a los síntomas, no buscó atención de personal de salud. Las últimas 24 horas antes del parto estuvo muy adolorida y deprimida, tanto que casi no podía moverse. Su esposo se comunicó por celular con alguien del centro de salud y con algún conocido del pueblo para solicitar ayuda, pero esta llegó recién a la mañana del día siguiente.

El bebé murió también a los pocos días y la familia empezó a disolverse. El hijo menor, de cinco años, vive ahora con una tía mayor y soltera, que no puede inscribirlo en la escuela porque no tiene certificado de nacimiento. En la casa solo quedaron sus cuatro hijas, la mayor de 14 años, porque los dos mayores se fueron a Oruro. Un día el padre salió a buscar trabajo y no volvió más –lo detuvieron por tráfico de cocaína– por lo que las niñas quedaron solas y ya no asistían a la escuela. Alguien hizo la denuncia en el municipio y se comprometieron a enviar una funcionaria de la Defensoría de la Niñez, pero nunca apareció nadie.

Pasado un tiempo, los vecinos se percataron de que las cuatro niñas desaparecieron. Nadie ha vuelto a saber de ellas y nadie quiere tocar los sembradíos abandonados.

Vicenta, San Pedro de Buena Vista

Ella tenía 17 años y él –un compañero de colegio de su hermano mayor– 21, cuando decidieron vivir juntos en una vivienda que construyeron con la ayuda de sus familiares en un terreno cedido por un pariente. A los seis años de casados ya tenían dos hijos y esperaban el tercero. La primera hija nació en casa y el segundo en el hospital, porque ya vivían en el pueblo y sabían que era mejor prevenir cualquier emergencia. Así también nació el tercero, sin mayores complicaciones que un persistente dolor de cabeza que aquejaba a Vicenta desde un tiempo antes del parto.

Además de cumplir con las labores agrícolas, el esposo se capacitó como albañil y con ese oficio logró algunas mejoras en la calidad de vida de su familia. Ella solo pudo estudiar hasta quinto de primaria porque ese es el último grado que ofrece la escuela del pueblo. Era extremadamente tímida, no tenía amigas y no hablaba casi con nadie, pero era mujer sana y robusta que nunca se enfermaba.

Entre la tercera y cuarta semana después del parto, Vicenta se puso muy delicada y sus dolores de cabeza eran tan agudos que en el centro de salud recomendaron enviarla a un hospital de tercer nivel en Oruro. Allí les dijeron que necesitaban ciertos estudios que debían hacerlos en una clínica privada. Entre otros análisis se requería una tomografía axial computarizada que costaba 480 bolivianos que él pagó con lo poco que le quedaba luego de los gastos de transporte y alojamiento. Cuando volvieron al hospital con los estudios, la internaron en terapia intensiva donde estuvo entre las 11:00 y las 16:00, hora en la que comunicaron a Felipe que había muerto con un edema

cerebral severo, producto de una meningitis que padecía desde hace varias semanas. Así consta en el certificado de defunción.

Pasado un tiempo, el viudo volvió a casarse con otra mujer para tener compañía y apoyo en el cuidado de sus hijos.

4.3. Centro de Potosí

En esta región hubo 16 muertes de mujeres ocurridas en el municipio de Potosí (10), Tinguipaya (4), y a una en Yocalla y Porco. Solo cuatro de las diez muertes del municipio de Potosí fueron por causas directas, incluyendo un suicidio de una muchacha cuyo embarazo no está confirmado por la familia. En contraste, fueron seis las muertes maternas indirectas por complicaciones de cáncer, colecistitis y lupus, además de una accidentada. Si se aísla el caso de una fallecida por hemorragia tras un hecho de violencia, en realidad solo hubo dos muertes maternas inequívocamente directas, por lo que puede suponerse que en el municipio existe un control relativamente óptimo de este tipo de complicaciones básicas del embarazo y el parto, gracias a las capacidades propias de una ciudad capital. Eso sí, hay evidentes problemas en la prevención y control del cáncer de cuello uterino y de mama, así como de otras complicaciones no obstétricas como lupus, colecistitis y también afecciones psiquiátricas.

En cambio, las muertes que ocurrieron en otros municipios del centro de Potosí, fueron principalmente por causas directas, aunque los registros y diagnósticos no son muy claros. Una mujer murió inmediatamente después del parto aunque no se establece claramente la causa; en el deceso de otra, se sospecha de aborto, pero figura como eclampsia y se puede descartar con certeza el caso de una mujer adulta mayor. De todos modos, está claro que ningún municipio tiene centros médicos con capacidad para controlar hemorragias u otras complicaciones gineco-obstétricas.

Muertes maternas en el centro de Potosí, por municipios y según causas (2011)

Tipo de muerte	Causas básicas	Causas básicas específicas	Municipios				
			Potosí	Tinguipaya	Yocalla	Porco	Total
Muerte materna directa	Hemorragia obstétrica	Hemorragia con placenta retenida	Rosario	Lucía	Rosa		3
				Martha 63 años			1
		Shock hipovolémico por otras hemorragias obstétricas	María				1
	Eclampsia	Eclampsia	Vanesa	Marcela			2
	Otras complicaciones obstétricas	Asfixia por ahorcamiento	Janeth				1

Tipo de muerte	Causas básicas	Causas básicas específicas	Municipios				
			Potosí	Tinguiyaya	Yocalla	Porco	Total
Muerte materna indirecta	Complicaciones no obstétricas	Lupus eritematoso	Milena				1
		Cáncer de mama	Berta				1
		Tumor de garganta	Vicenta				1
		Colecistitis	Elena				1
		Cáncer de la matriz	Tania				1
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Politraumatismo (Accidente de tránsito)	Carola			Norma	2
		Electrocutada por rayo		Ester			1
Total			10	4	1	1	16

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de los formularios del Estudio Nacional de Mortalidad Materna, MS-INE, La Paz, 2015

María, Ciudad de Potosí

El estudio previo (autopsia verbal) atribuye la muerte de María a un episodio de desprendimiento prematuro de placenta que desembocó en un shock hipovolémico cuando estaba internada en el hospital Bracamonte, en septiembre del 2011. Ella tenía 24 años. El formulario institucional indica que tuvo tres embarazos, uno de ellos concluyó en aborto, otro en parto vaginal con recién nacido vivo y el tercero con cesárea, con recién nacido muerto. Se reporta anemia como antecedente patológico.

María se hizo seis controles prenatales en su último embarazo, hasta que inició el trabajo de parto a los ocho meses de gestación, por lo que fue internada en el hospital donde ocho horas después sufrió un *abruptio placentae* (desprendimiento de placenta) con alteración de la coagulación, shock hipovolémico y paro cardiorrespiratorio, por lo que la sometieron a reanimación cardiopulmonar avanzada en tres oportunidades y a una cesárea histerectómica por útero, en el curso de la cual falleció.

Su hermana menor, en ese entonces de 16 años, es auxiliar de enfermería y voluntaria del centro de salud que corresponde a su jurisdicción territorial. Ella tiene una versión diferente a la oficial, y afirma que María vivía con su pareja en condiciones penosas, especialmente por la pobreza y la constante violencia que él ejercía sobre ella. Según cuenta, María ya sufría de hemorragia una semana antes de su muerte, cuando en una disputa fue golpeada con puñetes y patadas en todo el cuerpo y aguantó por varios días un intenso dolor abdominal. El traumatismo es un factor de alto riesgo que puede generar varias complicaciones durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de placenta.

La hermana afirma que el embarazo de María había superado los nueve meses, pero que cuando finalmente fue al hospital, quienes la atendieron consideraron que el trabajo de parto aún no se había iniciado y la despacharon a su domicilio. Si entonces se hizo un monitoreo de rutina, se debió detectar sufrimiento fetal a partir de la frecuencia cardíaca; también, si se siguieron los protocolos médicos, debió haberse realizado una exploración debido al antecedente de sangrado de una semana de duración.

De vuelta en su casa, el dolor se incrementó durante la noche, tanto así que María ya casi no podía moverse. Su concubino, minero y comerciante de carne, la llevó al hospital recién a las 9:00. El especialista dio la orden de internación y una vez que la revisó, confirmó que el bebé había muerto y que la mujer estaba en serio riesgo, por lo que requirió el consentimiento firmado de su pareja para proceder con una operación cesárea. El concubino no quiso firmar el formulario y los médicos no tuvieron otra que dejar que el cuadro evolucione. A las 6:00 am del día siguiente, María se desvaneció en la cama, se activó una cirugía de emergencia pero murió minutos después de que se extrajo el bebé muerto.

María, mujer quechua de padres agricultores migrantes de un pueblo muy pobre de Tinguipaya, solo pudo cursar siete años en la escuela. Ya mayor, cuando formó su propia familia, la situación no hizo más que empeorar: a los problemas económicos y las dificultades de criar a sus hijos en una vivienda precaria de un solo cuarto y sin servicios básicos, se sumaban las continuas agresiones físicas y psicológicas de su concubino, con quien llegó a vivir cinco años y tuvo dos hijos antes del embarazo al que no pudo sobrevivir. La hermana menor da un duro testimonio: “La insultaba y la golpeaba por cualquier cosa, incluso le amenazaba de muerte. Cuando los vecinos venían en su ayuda por los gritos, a ellos también los amenazaba y hasta los golpeaba. Intentó suicidarse una vez y la salvaron en el Bracamonte. Yo vivía en Santa Cruz, le pedí que se viniera conmigo y me dijo que lo haría, pero no se daba valor, tenía mucho temor, solo lloraba y no hacía nada”.

La joven, se quedó con su sobrina a quien cuida con ayuda de sus padres –que hace poco dejaron el campo–. Cuenta que tiene miedo de que un día el padre de la niña la reclame y se la lleve: “es un mal hombre, es capaz de hacerle daño, incluso de venderla”.



Norte de Potosí, viviendas de familias agrupadas en poblado de altura

5. DEMORAS EN LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Si siguiendo el mismo esquema anterior, en este capítulo se despliegan, en cada región por separado, los resultados de la investigación sobre las dificultades que enfrentaron las mujeres fallecidas en 2011 por consecuencias directas o indirectas de embarazo, parto o puerperio. En específico, se hace una revisión sintética del comportamiento asumido por las mujeres, familias, miembros de sus comunidades y operadores de salud en los momentos cruciales de la búsqueda de atención, intentando precisar aquellos factores –malas decisiones, debilidades, etc.– que impidieron resolver las complicaciones.

También se incluye algunas historias de vida que pueden dar una idea más cabal de cómo estas fallas inciden en, o derivan de, la atención de otras dificultades que de por sí las condicionan o determinan.

5.1. Trópico de Cochabamba

En muchos casos, las muertes están relacionadas con actitudes confusas y malas decisiones de las familias en el momento en que se presentó la emergencia obstétrica. Para poner algunos ejemplos: la familia de una muchacha que sufrió una golviza durante su embarazo perdió muchísimo tiempo buscando al agresor para que asuma su responsabilidad, en lugar de dar prioridad a la salud de la mujer. En otro caso, un esposo abusivo tardó demasiado buscar ayuda para atender la hemorragia por retención de placenta de su mujer de 50 años y con 8 hijos, que había sido advertida de que su parto iba a ser muy complicado.

Son varias, y en algunos casos fatales, las complicaciones provocadas por el desconocimiento de las señales de peligro, de la prevención de riesgos y por la suposición de normalidad de los embarazos y partos por las mujeres y sus familias. Por no haber acudido a sus controles prenatales, una mujer fue diagnosticada con embarazo ectópico cuando ya era demasiado tarde; una joven que murió por dengue, no pudo trasladarse a tiempo a un centro de salud con capacidad para tratarla; otra, siguió trabajando duro en el chaco hasta el último momento antes del parto.

En dos casos de autoenvenenamiento, todo indica que las familias fueron las causantes de las drásticas decisiones; en uno de los casos por la condición de servidumbre extrema y violencia a la que sometían a la menor de 14 años, y en otro por el rechazo tajante de la madre política que coartaba económicamente la constitución de la joven familia, induciéndola al narcotráfico. Es posible, en otro hecho, que la muerte por caída del segundo piso de una mujer haya sido feminicidio agravado.

Todas estas muertes ocurrieron en familias que viven en poblaciones apartadas de los centros urbanos más importantes, aunque son solo dos casos en los que no existieron posibilidades de transporte inmediato luego de haberse producido la complicación (una por encontrarse en una comunidad inaccesible en la selva y otra por falta de un motorizado en la comunidad). De todas maneras, los únicos casos en los que se emplearon ambulancias fueron para referir a las pacientes a centros con mayor capacidad resolutiva. En todos los casos, el traslado inicial a algún centro de salud fue viabilizado por familiares.

Existen reportes de experiencias negativas determinadas por la deficiente comunicación interna y externa en los momentos clave de identificación, tratamiento y referencia de mujeres con signos de complicaciones obstétricas. La improvisación en el manejo de este sistema no puede ser un mecanismo confiable ni garantiza una respuesta oportuna y calificada. En dos casos de hemorragia por retención placentaria que no pudieron ser atendidos por personal de los hospitales del trópico, la referencia no fue suficientemente clara para asegurar la atención oportuna en un centro con capacidad resolutiva, en una clara muestra de las malas comunicaciones institucionales. En otros dos casos, se demoró en habilitar los servicios de emergencia y cirugía por problemas de información previa.

El principal defecto del sistema para la atención de las emergencias fue la demora en la transferencia al hospital de Cochabamba, a veces con interrupciones irracionales en los centros mal llamados de segundo nivel, que en muchas ocasiones no contaban con especialistas en momentos críticos. Tampoco está asegurada la capacidad resolutiva del Hospital General de Cochabamba por saturación, desorganización, desmotivación del personal y falta de previsión. Las indicaciones a las familias son muchas veces confusas y faltas de convicción. A estas deficiencias se suma la precariedad de las consultas o controles, con diagnósticos equivocados y superficiales. No se ve capacidad para relacionar y controlar enfermedades coincidentes –como dengue, Chagas o cáncer– que se agravan con el embarazo o lo ponen en riesgo extremo.

Por otro lado, es común observar que los centros de salud tienen recursos humanos limitados, incluso insuficientes, con capacidades y competencias que no condicen con las funciones obstétricas y neonatales esenciales que supuestamente cumplen de acuerdo a la caracterización de los centros, especialmente en horas de la tarde y de la noche, en las que es frecuente la ausencia de personal calificado. Son seis los casos de mujeres que murieron, que no encontraron a tiempo el personal de especialidad (ginecología, anestesiología, neurología y medicina interna) para garantizar su atención oportuna.

Se puede ver infraestructuras diseñadas sin criterio médico y menos culturalmente adecuadas, con equipamiento insuficiente o en mal estado, lo que sumado al irregular manejo de la logística de insumos y suministros impide que el personal pueda actuar con oportunidad y competencia. Son por lo menos cinco los casos de mujeres que no recibieron tratamiento de contención mientras eran transferidas a centros con capacidad resolutiva.

Vicenta, Sacaba

Vicenta, una mujer quechua de 22 años y nacida en Oruro, estaba embarazada de unas 12 semanas cuando acudió al centro de salud de Entre Ríos con fuertes dolores de cabeza y abdomen. Fue

derivada a Ivirgarzama donde le diagnosticaron embarazo ectópico y le intervinieron quirúrgicamente para interrumpir el proceso de gestación. Tras la operación, presentó un cuadro agudo de hemorragia que no pudo ser controlado por varias horas y se tomó la decisión de enviarla al hospital de referencia de Cochabamba, donde llegó inconsciente y donde, aparentemente, el personal no tuvo la capacidad resolutive suficiente para evitar su muerte. Las normas recomiendan tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico antes de la octava semana de gestación, las complicaciones posteriores pueden generar hemorragia y shock hipovolémico, como de hecho sucedió.

Su cuñada, hermana del compañero, afirma que la pareja tenía una buena relación, y no sabe si Vicenta se hizo controles o si padeció alguna enfermedad anterior. “En el campo es normal hablar del embarazo recién cuando empieza a crecer la barriga. Ella era muy reservada y desconfiada, tal vez porque recién tenía unos meses viviendo en este lugar”, cuenta. Según la cuñada, fue operada en un hospital de segundo nivel del trópico, luego de haber sido transferida por el centro de salud de un poblado cercano donde se encontraba por razones de trabajo. El cuadro se complicó con hemorragia y fue derivada al hospital de Cochabamba, donde fue atendida por Ginecología y Medicina Interna, pero a las pocas horas de internada falleció en su cama. A los familiares les habían dicho poco antes que estaba en coma y que era muy difícil que “recupere su cabeza” y que “no valía la pena mantenerla viva artificialmente”.

Era su segundo embarazo, de modo que dejó en la orfandad a un niño de dos años que ahora está a cargo de su cuñada que ya tiene otros cuatro hijos con lo que vive en un barrio alejado de Sacaba. La muerte de Vicenta se produjo a las pocas semanas de haberse trasladado a una comunidad distante del trópico, donde su pareja tiene parientes que producen coca y frutas obteniendo buenos ingresos, lo que le había dado esperanzas de mejorar su situación. Los cambios de residencia nunca le preocuparon a Vicenta: vivió cuatro años en Argentina y otra temporada en Brasil, por lo que su escolaridad fue interrumpida muy temprano y nunca más retomó la educación en ningún nivel. Trabajó siempre en puestos subalternos y se mantuvo alejada de los servicios de salud. Es posible que nunca haya escuchado sobre el embarazo ectópico o las complicaciones obstétricas, como muchas en su condición.

“Los jóvenes dejan de estudiar porque no alcanza la plata. Prefieren vender frutas en la cancha o trabajar de albañiles”, dice la cuñada, cuyas condiciones de vida no son muy diferentes, pues tuvo a sus cuatro hijos en casa. En ninguna de las familias se habla de médicos o de centros de salud, los problemas se arreglan con medicina casera y, en último caso, con médicos tradicionales. Algunos de esta zona son famosos, vienen a buscarlos desde otras regiones y cobran mucho. “Yo tuve mal de parto en mi último embarazo –cuenta– y fui al hospital de Sacaba para que me atiendan porque el médico tradicional me dijo que ese mal era para doctor. Me atendieron como sea, en el pasillo nomás, en una camilla. Salí de allí con dolores en todo el cuerpo. Me dieron unas pastillas para no tener un nuevo embarazo que solo me mareaban y me hacían dar fiebre”.

Margarita, Villa Tunari

Margarita emigró del valle al trópico cochabambino y a sus 43 años, recién empezó a sentir los embates de su precaria salud: tenía mal de Chagas y diabetes mellitus II, diagnosticada bastante tiempo atrás. Había tenido ya cuatro embarazos, por lo que el quinto, evidentemente, era de alto riesgo.

Aunque Margarita seguía un tratamiento riguroso para controlar su diabetes, con visitas periódicas al hospital de Villa Tunari ya que el centro de salud más cercano a su barrio en Eterazama, tenía muchas deficiencias en logística y suministros, su nuevo embarazo estuvo acompañado de molestias de polifagia, polidipsia y poliuria, por lo que le recomendaron prever una cesárea que debía programarse con tiempo y tomar recaudos para cualquier emergencia. Sin embargo, cuando el trabajo de parto inició aún no había programado la cesárea, de modo que todo fue improvisado.

La diabetes se asocia a la atonía uterina y al trabajo de parto en madre añosa; la polifagia, polidipsia y poliuria durante el embarazo son indicadores previos de un descontrol de la diabetes, por lo que todo indica que no se supo caracterizar adecuadamente el momento oportuno para la cesárea. La familia recurrió al hospital de Villa Tunari y se encontró con la noticia de que no estaba disponible el anestesiólogo, por lo que decidieron viajar a Cochabamba.

En el hospital de referencia, previa evaluación, se determinó proceder con la cesárea de emergencia, que se complicó con una hemorragia profusa y continua y con un cuadro de atonía que no se pudo controlar hasta que se produjo una insuficiencia renal aguda, cuadro que requería una histerectomía avanzada con hemodiálisis que el hospital no estaba en condiciones de realizar en ese momento por saturación del servicio. Entonces Margarita fue derivada a una clínica privada mejor equipada y disponible para el efecto, pero la sobredistensión uterina le provocó en poco tiempo un shock hipovolémico que le causó la muerte cuando estaba en la sala de terapia intensiva.

El bebé nació sano y vive con su padre y sus hermanos mayores. Según testimonios, la pareja tuvo una relación estable, con pocos altibajos, hasta poco antes de quedar embarazada, aunque él nunca se había caracterizado precisamente por compartir las responsabilidades cotidianas. En los últimos meses ella se sentía delicada y sus malestares cambiaron su carácter. Su creciente apatía y desinterés por la familia fue interpretada, por el esposo, como un síntoma de una traición sentimental y las disputas familiares se hicieron muy frecuentes, de acuerdo con el relato de la madre de Margarita.

5.2. Norte de Potosí

Prácticamente todas las familias, en su mayoría quechuas, asentadas en esta región, ven a la maternidad como un proceso espontáneo y natural de la evolución de las mujeres, y por lo tanto consideran innecesarias intervenciones externas, con excepción de algunas curiosidades que podrían contribuir a saber algo más sobre el embarazo y sus cuidados, siempre que no causen molestias ni implique mayores esfuerzos.

Todas las complicaciones obstétricas estudiadas ocurrieron durante el parto y el postparto, y en la mayoría de los casos los procesos se iniciaron en los domicilios, pues las mujeres y sus familias esperaban que se trate de partos normales. En todos los casos, estaban conscientes de que podían recurrir a una atención especializada y daban por hecho que si precisaban una respuesta sanitaria urgente la tendrían sin problemas, pero no fue así. Por la resistencia de las familias a prescindir del trabajo de las mujeres en la agricultura, pastoreo, labores domésticas y cuidado de menores,

la decisión de buscar ayuda profesional generalmente se produce solo después de haber esperado mucho tiempo, incluso en casos extremos de dolor, fiebre y desmayos. Largas horas de un trabajo de parto con bebés atravesados o alumbramientos demorados muestran la dificultad de las familias de reconocer la gravedad de los síntomas.

Incluso teniendo conocimiento de los riesgos y tras haber recibido advertencias médicas, algunas familias, especialmente cuando intervienen parientes mayores, optan por evitar el traslado de la mujer a centros de salud con capacidad resolutive. Está muy arraigada la idea de que la muerte en el hogar es mejor que la muerte en un hospital. Además, hay una serie de tradiciones y creencias que acompañan esta lógica de “encerramiento familiar y comunitario”, especialmente cuando, como es frecuente, son manifiestos en la mujer problemas emocionales asociados al embarazo y la maternidad.

Solo en dos casos se trasladó a mujeres con complicaciones hacia centros con capacidad resolutive; en ambos, las pacientes vivían en localidades relativamente pobladas, el resto vivía en lugares alejados o incluso muy alejados de los puestos de salud.

Otros hechos comunes fueron que las ambulancias que fueron contactadas, llegaron tarde en la mayoría de los casos, o que a la llegada de las mujeres a los centros, el personal de salud no estaba presente por algún motivo –por vacaciones, salidas a reuniones o atención de otros casos– o no pudo ser comunicados oportunamente, y en los casos en los que llegaron a participar, no tenían las condiciones para manejar las complicaciones. En dos casos, las medidas de contención no resultaron efectivas y en varios otros no contribuyeron a tranquilizar a las mujeres y familiares. Cuando pudo estabilizarse a las mujeres de algún modo, el largo trayecto a centros con capacidades obstétricas y neonatales esenciales terminó acabando con las últimas energías de las mujeres. Aun así, por lo menos en dos casos, centros de tercer nivel de atención no tuvieron la capacidad para resolver las complicaciones.

Laura, Ravelo

Laura era mujer quechua de 30 años, con tres hijos, cuando en 2011 falleció durante el parto. Muy tranquila y sin molestias notorias, el 27 de mayo participó en la preparación del desayuno escolar y los festejos del Día de la Madre en la pequeña escuela de una comunidad a la que solo se puede llegar tras una hora de caminata por una senda que serpentea peligrosamente los empinados cerros del occidente de Chuquisaca, en uno de los que se encuentra su vivienda, apartada por varias decenas de metros de otras dos viviendas en las que habitan algunos familiares, incluyendo sus ancianos padres.

Horas después, a medianoche, empezó el trabajo de parto, justo cuando el médico estaba de vacaciones y el auxiliar participaba en una reunión en Ravelo. El proceso duraba ya varias horas con el niño atravesado, cuando el esposo subió hasta el poblado para solicitar ayuda al personal de salud y no encontró a nadie, por lo que encargó en la escuela que si alguien lograba comunicarse con Sucre pidiera una ambulancia. En este pequeño pueblito solo hay transporte público rumbo a diferentes provincias, dos veces por semana, y solicitar uno privado no era una opción, incluso antes pensaron trasladarla en una hamaca hasta la carretera.

A mediodía Laura falleció a causa de una hemorragia profusa y dolores incontrolables, aliviados en parte con infusiones de hierbas locales. La ambulancia llegó horas más tarde y un médico le practicó una cesárea al cadáver para que la familia entierre a la mamá y al bebé por separado. Varios años después del suceso, el centro ya tiene ambulancia, pero de poco vale, pues no hay chofer.

Laura era una mujer jovial, tranquila y sociable, participaba activamente de las tareas comunales y se esforzaba por mantener sanos y educados a sus hijos, pues ella nunca tuvo la oportunidad de educarse. Era católica devota y no tenía otro problema con el esposo que sus reclamos airados cuando llegaba tarde por algún motivo. Se conocían desde chicos, cuando se juntaban los rebaños que pastaban y coincidían en las fiestas comunales. Ella tenía 22 años cuando se fue a vivir a su casa y más tarde se casaron, llevando una vida “difícil y sacrificada, pero normal”, como dice el viudo. Cuenta que se enfermaba poco y que durante el embarazo tuvo problemas de vesícula y la trataron con antiespasmódicos. “Los niños son los que se enferman con frecuencia de diarrea y gripe” por las condiciones ambientales y nutricionales (mucho maíz y nada de verdura). Tienen agua por cañería y dicen que podrán tener energía eléctrica pronto, sin embargo, no tiene en perspectiva mejorar su vivienda de dos cuartos multiusos separados y una cocina con fogón, todo de barro y con el techo de paja tejida, junto a un corral para los animales, a los que hay que cuidar día y noche de los depredadores.

Los dos niños menores hacen largas caminatas diarias para ir y volver de la escuela y la hija mayor, de 14 años, se queda en casa cumpliendo las funciones de la difunta, hasta donde es posible, en el cuidado de 22 ovejas y dos vacas y otras tareas. El viudo ha asumido en soledad las tareas agrícolas de siembra y cosecha de maíz, trigo, papa y haba en su pequeña parcela. De regreso a casa, cocina, lava y limpia y es a la hora de cumplir esas tareas que recuerda siempre a Laura; no quiere tener una nueva compañera, pues está seguro de que una madrastra siempre trata mal a los niños.

Todo lo que produce es para el consumo familiar. Solo puede matar unos tres corderos al año y trata de hacerse durar la carne preparando charque. Los niños menores reciben desayuno escolar, que es sin duda su mejor comida. Alguna vez, si no hay heladas o sequías, reúne una carga para llevarla, en un burro fletado, a vender al poblado más cercano donde se provee de azúcar, fideo, arroz y sal, solo algunas veces alcanza para ropa y material escolar.

Adriana, Sacaca

Adriana se casó con quien había sido su vecino y amigo, cuando ambos tenían alrededor de 20 años, y vivieron juntos durante 10 años. En 2011, sobrellevaba su tercer embarazo con mayores dificultades que los anteriores. Su mal humor se hizo frecuente y aunque se quejaba de fuertes dolores de cabeza, no recurrió al servicio de salud, apenas se curaba con mates de hierbas y reposo. Cuando creían que el embarazo ya estaba a término, la pareja bajó hasta el pueblo para visitar el puesto de salud, donde les dijeron que todavía faltaba mucho para el parto. Luego de volver caminando por casi dos horas, esa misma noche, a las 11:00, empezó el trabajo de parto y a eso de la 1:00 dio a luz sin mucha dificultad, pero no pudo expulsar la placenta sino hasta las 3:00, poco antes de fallecer por una hemorragia intensa. Un primo suyo había ido a buscar ayuda al pueblo y volvió con una ambulancia en la mañana. Demasiado tarde.

“El bebé estaba bien pero era muy flaquito, su abuela lo estuvo cargando y dos días después también se ha muerto... Ella era una mujer alegre, buena. Vivíamos bien, comíamos bien, trabajábamos juntos, casi nunca reñíamos, pero ese año estaba siempre renegando y le dolía mucho la cabeza”, recordó el viudo.

Adriana solo cursó hasta segundo de primaria. Tuvo dos hijos, un varón que ahora tiene 13, y una mujercita que ya tiene 11 años. Ambos están internados en la Unidad Educativa de Sacaca y solo vuelven a su casa algunos fines de semana y en las vacaciones. Su padre, que ya tiene nueva esposa, ahora debe reunir más dinero que de costumbre o entregar productos periódicamente a la escuela para cubrir su estadía y educación. Según cuenta el hombre, la papa, trigo, haba, arveja y cebada apenas abastecen para el consumo familiar y venden muy poco en la feria del pueblo para los otros gastos. “Comemos carne una vez al mes y cuando hay fiestas”.

Cecilia, Sacaca

Cerca de un río, a 45 minutos del pueblo, hay cuatro casas de familias campesinas muy separadas unas de otras. En la más lejana vivían Cecilia y Gonzalo junto a sus dos hijos. Al tercero, la joven mujer ya no pudo amamantar.

Él es un hombre trabajador pero de carácter fuerte. Según testimonios, solía maltratarla tanto como a sus hijos para corregir cualquier retraso o equivocación. Durante los tres embarazos casi no recurrieron al centro de salud que está en el pueblo, pues por costumbre no lo creían necesario. No obstante, se sabe que en el último embarazo Cecilia se hizo un control prenatal al cuarto mes porque en el centro trabajaba una licenciada en enfermería. La pareja tenían confianza en ella, por ser mujer, y querían saber si su hijo estaba creciendo normalmente.

Al atardecer de un día nublado de 2011 empezó el trabajo de parto en su precaria vivienda de una habitación de paredes de adobe y piedra con techo de paja y barro, sin ventanas y con el piso de tierra donde tendían una piel de oveja para dormir. Después de cinco largas horas, en las que solo recibió ayuda de su esposo, Cecilia finalmente dio a luz a un saludable bebé, pero no logró expulsar la placenta y empezó a sangrar abundantemente. Enterado de lo que sucedía el promotor de salud de la comunidad (un médico tradicional con cursos de capacitación) quiso ayudar, pero el esposo le impidió la entrada a la casa, indicando que todo estaba bien y que Cecilia ya estaba tomando medicamentos para el dolor de estómago y un mate de hierbas para reponer sus fuerzas. El promotor intentó comunicarse con el médico del centro de salud del pueblo, asomándose a una loma donde solía haber señal de celular, pero no logró establecer contacto. Cuando volvió, los niños le contaron que Cecilia había muerto.

5.3. Centro de Potosí

En casi todos los casos presentados en esta región potosina hubo demoras y desafortunadas decisiones tanto en las familias como en el personal de salud, a lo que muchas veces se sumaron dificultades de tránsito.

Una mujer que con su embarazo a término y luego de pelear con sus parientes decide ausentarse de la ciudad sola y en plena época de lluvia; otra que va en busca de su madre a una comunidad lejana y sin asistencia médica; una que es golpeada cruelmente al final de su embarazo, y otra que huye de su comunidad por un embarazo fuera de matrimonio, constituyen un cuadro de muertes maternas fuertemente vinculadas a la baja valoración de los riesgos del embarazo.

Otro factor común fueron las fallas en la atención médica, unas veces por no responder a tiempo a los pedidos de atención, y otras por errores médicos o incluso inacción por temor a problemas legales; y es que es muy común que el personal se abstenga de diagnosticar y actuar apropiadamente en casos de violencia. También es una constante la inexistencia de personal calificado en centros de salud, sobre todo en horarios nocturnos.

En la mayoría de los casos de hemorragias y otras causas de mortalidad materna directa se presentaron problemas de transporte, incluyendo la llegada tardía de ambulancias que, además, carecen por lo general de implementos clínicos adecuados para la atención en terreno o durante el traslado, para no hablar de que pocas veces hay choferes a disposición. En los casos de muertes maternas indirectas, la limitante principal radica en la capacidad resolutive. Son frecuentes las difíciles y caras referencias a hospitales de otros departamentos, incluyendo a pacientes de la seguridad social con afecciones como cáncer y otras patologías de elevada complejidad.

Es muy común que en los centros médicos y puestos de primer y segundo nivel de atención se incumplan protocolos y procedimientos clínicos básicos y fundamentales, por diversas razones, empezando por la escasa calificación del personal en cuidados obstétricos y neonatales esenciales. Por otro lado, hay un uso excesivo del formulario de alta solicitada.

Rosa, Yocalla

Rosa, mujer quechua de 35 años, originaria de una zona rural cercana, vivía en la ciudad de Potosí donde asistió puntualmente a sus controles prenatales en la clínica de la Cruz Roja. Un mes antes de la fecha prevista para el nacimiento de su segundo hijo, junto con su esposo, había decidido trasladarse a su pueblo natal, a cinco minutos de Yocalla, con el propósito de recibir las atenciones de su madre. “Es que todo es complicado cuando se tiene parto en hospital, da miedo, no es fácil organizarse, te tratan como cualquier cosa, no puedes quejarte”, comenta una vecina que da testimonio sobre el caso.

Sin embargo, cuando llegó el momento del parto no pidieron ayuda a la mamá “por no molestarla tan temprano”, así que el esposo se encargó de atenderla en uno de los cuartos de la casa en la que se alojaban. El bebé nació sano como a las 8 de la mañana, pero Rosa solo pudo expulsar parte de la placenta y le vino una hemorragia profusa que obligó a las vecinas y amigas a recurrir al personal de salud de Yocalla, a donde se trasladaron en un vehículo público. El médico de turno del centro de salud de Yocalla recibió la noticia de una vecina: “se está acabando la vida de la Rosa”, y ya pasadas las 9:30, luego de hacer varias consultas por teléfono, decidió enviar una ambulancia con una enfermera –a la que aparentemente no instruyó ninguna medida de contención para aliviar la hemorragia durante el viaje– para recoger a la mujer. Todo esto pese a que la norma señala que este tipo de emergencia debe activar una respuesta efectiva en la primera media hora.

Cuando llegaron a la vivienda, Rosa ya estaba muerta. “Todavía estaba caliente”, reportó después la enfermera, que informó al médico por celular, para que este acuda a certificar la defunción.

Una vecina que estuvo presente tiene una versión diferente: “el parto fue normal, estaba tranquila tomando su caldito en la cama cuando empezó a sentirse indispuesta y se desmayó”. No recuerda haber visto sangre y afirma que el bebé estaba bien desde el principio y que cuando Rosa se puso mal, nadie sabía los números de teléfono del personal de salud ni pudieron conseguir rápidamente transporte, porque aunque uno de los vecinos tenía una vagoneta, no había quien sepa manejar en ese momento, así que según ella, esperaron en la carretera al transporte público que no tiene una frecuencia definida.

La vecina asegura que en el centro de salud también tuvieron que esperar a que el médico se desocupe. Lo extraño es que se trata de un centro de referencia con internación que atiende las 24 horas, con cuatro médicos, tres de “programa”, por eso el que estaba fue convocado como suplente, ya que el resto o estaba de vacación o en reuniones en Potosí. El problema, claramente, es que no se activa el protocolo de emergencia con la premura que se debe. En este caso, se perdió mucho tiempo entre comprender la gravedad de la situación, organizarse para buscar transporte y facilitar la presencia de personal de salud en la vivienda; y una vez que ello ocurrió, no se priorizó la solicitud y se envió –tarde– a una enfermera que no tenía la facultad de intervenir directamente. Tampoco hay la certeza de un diagnóstico preciso y la evaluación posterior se limita a reproducir el reporte inicial.

Como aún era frecuente cuando Rosa era niña, asistió a la escuela solo por tres años, para luego abandonar sus estudios y dedicarse a las tareas propias del campo y, más tarde, emigrar a Potosí con el propósito de mejorar sus condiciones de vida. En la zona donde vivía hay minas de cal que abastecen gran parte del mercado local, cuyo centro es Potosí, que se encuentra a un poco más de una hora de distancia. Muchas personas dedican parte de su tiempo a esa actividad, además de mantener sus chacras con sembradíos de temporada y ganado vacuno, ya que han emprendido colectivamente el procesamiento de leche para elaborar productos lácteos de buena calidad y con mercado asegurado. El municipio tiene una población cercana a las 10.000 personas, pero la mayor parte de las 1.153 familias identificadas por el CNPV están sujetas a una permanente migración. Los emprendimientos anotados no garantizan un empleo constante ni el nivel de vida adecuado para la población, de modo que muchos deben buscar otras formas de incrementar sus ingresos familiares, y ello generalmente implica el traslado a la ciudad de Potosí.

El esposo de Rosa, minero de oficio, tuvo que retornar al trabajo a los pocos días de enviudar, pero no se llevó a sus hijos, los dejó a cargo de su suegra que ya vivía sola porque su marido murió un tiempo atrás. Nunca más volvió y la anciana se quedó a cargo de los menores; ella siembra, cosecha, cocina, pastorea, hace de todo, pero los años pasan y las dificultades aumentan. La señora es asidua visitante del centro de salud por los problemas propios de su edad y porque ahora se puede cobrar el bono del adulto mayor en el pueblo, su única fuente de ingresos monetarios. Se la ve muy encorvada y de paso lento, por una artritis deformante avanzada, entre otros males que se registran en su expediente clínico. Uno de sus hijos volvió después de muchos años y se hizo cargo de parte del trabajo en sus tierras.



Trópico de Cochabamba, secado de coca

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y ENFERMEDADES QUE INCREMENTAN LOS RIESGOS

Siempre es posible que existan antecedentes médicos relevantes en la caracterización de los procesos fisiológicos asociados con las muertes. En este capítulo se analizan los datos disponibles sobre la edad, enfermedades asociadas y otros aspectos vinculados a la salud previa de las mujeres. En apartados por región se encontrarán cuadros y análisis que sistematizan los antecedentes registrados en la recolección de información; también se adjuntan relatos específicos de las historias de vida de algunas mujeres fallecidas con este tipo de problemas asociados.

6.1. Trópico de Cochabamba

Hubo tres casos de muertes de mujeres menores de 19 años: una de 14 años que no alcanzó a enterarse de su embarazo antes de su suicidio, una de 17 que también se suicidó por falta de comprensión y apoyo familiar, y otra de 18 años que quiso viajar antes de un mes de ocurrido su primer parto. Estas actitudes extremas se suman a casos de mujeres de mayor edad que habían tenido embarazos de adolescentes y cuyas vidas se hicieron muy difíciles por ello. En ningún caso se identificó esfuerzos de anticoncepción ni antes ni después de los embarazos.

Fueron seis las mujeres que tenían más de 30 años y más de cuatro hijos cuando fallecieron, en circunstancias ligadas a un último embarazo, casi siempre sin controles prenatales pese a su evidente situación de riesgo. Dos casos de Chagas simultáneos a las últimas fases de los embarazos, en épocas de lluvia y de mayor dificultad de transporte, muestran que ni siquiera el conocimiento de posibles complicaciones hemorrágicas, merece un compromiso y acción inmediata tanto de la familia como del personal de salud. Se suman a ello las indecisiones en el caso del cáncer, cálculos biliares e infecciones respiratorias, una muestra más de que no hay manejo integral de los problemas de las usuarias de los servicios de salud.

Existen fuertes dudas sobre la calificación técnica del personal médico en diferentes niveles, especialmente en los procesos de identificación de las complicaciones obstétricas y neonatales en sí mismas y con mayor razón cuando están asociadas a problemas de salud y enfermedades pre-existentes o en curso de evolución. En este estudio se identificaron dos casos asociados de dengue hemorrágico, cáncer de mama en una situación, diabetes en dos casos, tuberculosis, Chagas y obesidad. Adicionalmente, se estudió el caso de mujer gran múltipara de 50 años y otro caso de peritonitis, como prueba de que se requieren diagnósticos integrales para identificar y actuar sobre enfermedades y problemas de salud concomitantes al embarazo, lo que parece muy difícil para personal de salud con escasa formación en áreas de especialización

Juana, Sacaba

La profesora Juana cumplió 30 años poco antes de morir en Tiquipaya, aunque el lugar de su trabajo era Shinahota y la residencia de su familia materna, Sacaba. Estos casos son comunes en esta región donde las familias, generalmente numerosas, no siempre viven en casa con los padres o madres que deben trasladarse en busca de mejores oportunidades laborales. La gente viaja y se acomoda a distintas realidades con excesiva frecuencia; migrar y cambiar de vida es lo normal para toda persona que tenga la intención de superarse y vivir mejor.

En el caso de Juana, que estuvo seis años viviendo en Shinahota –fue fundadora de una escuela–, sus orígenes se remontan a Oruro, donde nació y cursó sus primeros estudios escolares. Era una de las dos hijas de una señora sola que no dudó en trasladarse a Cochabamba buscando un trabajo que le permitiera criar a sus hijas de la mejor manera posible, hasta sacarlas profesionales. Juana quería ser bioquímica, por su temprano talento en esas disciplinas, pero por los costos que implicaba esa carrera, tomó la decisión de convertirse en maestra de primaria en la Normal de Sucre, ya que tendría un empleo asegurado. De todas maneras, siempre anheló continuar con los estudios universitarios.

En Sucre conoció a quien vendría a ser el padre de sus hijos. Convivió con él unos años y lograron que se les asigne el mismo lugar de trabajo, en el trópico cochabambino, para ejercer la docencia con un desempeño muy satisfactorio, reconocido con cariño por la comunidad. No estaba en sus planes casarse pero, según su hermana, sintieron mucha presión de los padres de familia y lo hicieron en forma sencilla y privada. Con los años llegaron dos hijos, que solían ser atendidos por la mamá de Juana durante sus visitas o en Sacaba, donde trabaja y tiene un departamento en alquiler.

De su madre sacó el empuje y las ganas de progresar. Como ella, tenía afición por los deportes, especialmente el basquetbol, hecho al que la familia atribuye la posibilidad de haber contraído el cáncer de mama, por los golpes que suelen recibir estos deportistas.

Juana murió por shock neurogénico seis meses después de finalizar su embarazo con el nacimiento de un bebé saludable, que vino a completar una familia muy unida con otros dos hermanos. Para entonces tenía ya un cáncer de mama avanzado, con nódulos grandes en el seno derecho y con episodios previos de mastitis desde el primer mes de embarazo. Después de sobrellevar por tanto tiempo los síntomas, finalmente un día se le presentó una alta fiebre, intenso dolor de cabeza, náuseas y vómitos que terminaron con un ataque con convulsiones. La llevaron al instituto oncológico al que había recurrido anteriormente, pero fue demasiado tarde. “Ya no pudo hacerse nada”, dijo el médico.

Todo empezó muchos meses antes cuando notó una pequeña región endurecida en su seno derecho donde sentía dolor. En el centro de salud de Shinahota pensaron que se trataba de un absceso y le hicieron una pequeña incisión para drenar la infección. Al respecto, uno de los médicos del centro, opina que este tipo de casos son peligrosos debido a que muchos piensan que “absceso drenado es absceso curado, lo que resulta contraproducente si hay sospecha de cáncer, por la posibilidad de hacer metástasis”. Cómo no había mejoras, Juana viajó a Cochabamba para hacerse

atender en el hospital de la Caja Nacional de Salud. Tras algunos análisis, le informaron que estaba embarazada de un mes y que tenía cáncer de mama. El diagnóstico médico decía “adenocarcinoma de mama y mastitis”, por lo que le sugirieron interrumpir el embarazo e iniciar un tratamiento.

Juana decidió sola, era su deseo y convicción, no abortar no seguir el tratamiento recomendado, asumir todos los riesgos y salvar a su bebé. Hacía ya mucho tiempo que sus decisiones eran propias cuando se trataba de su cuerpo y su vida. “Tenía un carácter fuerte y dominante”, dice el viudo, “cuando tomaba una decisión no retrocedía por nada”. La madre informa que se hizo un par de controles en hospital de la Caja y que dejó de asistir por mala atención y maltrato, que son quejas comunes en ese nosocomio, según había comentado con sus familiares. Juana también rechazó el tratamiento que se le ofreció en el Instituto Oncológico por la posibilidad de que le provocase un aborto.

Pese a que “su pecho le pesaba más que el embarazo”, según su madre, continuó con el proceso hasta el final. Recuerda que el parto por cesárea programada ocurrió en un hospital privado, en cuyos registros clínicos solo figura como antecedente un “quiste en el seno”, lo que puede denotar la intención de la mujer de no ser tratada por el cáncer, como le sugirieron en numerosas oportunidades. En esta historia clínica no se encontró registro de revisión física de mamas; simplemente se atendió la cesárea. Estaba convencida que cualquier tratamiento, especialmente aquellos que implicaban el empleo de químicos y radioterapias, solo ocasionaría la pérdida del bebé. Más de una vez había manifestado que entre su vida y la del bebé, ella prefería la del bebé.

Tampoco recibió atención médica después del parto, ni por rutina ni por el cáncer de mama en evolución. Evadió los controles posnatales postergando todavía más la decisión de someterse a un tratamiento que seguía generándole muchas dudas, hasta que se le presentaron los malestares que obligaron a los familiares a conducirla al Instituto Oncológico de emergencia.

Expertos dicen que existen alternativas terapéuticas según el estadio del cáncer. En estadio I-II se puede realizar cirugía en el embarazo. En III-IV la radioterapia y quimioterapia puede hacerse después de los tres meses de gestación. Es posible que Juana haya conocido todas esas recomendaciones y que hubiese rechazado las mismas porque nunca pudieron garantizarle un bebé saludable y una definitiva curación (según el esposo). “Se dejó estar”, reconoce la madre con mucho dolor.

El bebé nació sano y vivió con su madre hasta sus seis meses. Después junto con sus hermanos, se quedó con su abuela por mucho tiempo, hasta que el padre consiguió construir una vivienda de dos cuartos en un terreno cedido por el abuelo, cerca de Quillacollo, llevándose a sus hijos con él. Ahora trabaja de maestro en una escuela cercana.

Cecilia, Shinahota

Cecilia cumplió 21 años en 2011, al igual que su esposo. Vivía en un pueblo cercano a Shinahota. Durante su segundo embarazo, cumplió con sus controles prenatales, buscó y recibió atención durante el parto, en el centro de salud en el que alumbró a las 16:00 y presentó una complicación

hemorrágica derivada de la retención de la placenta, que no pudo ser controlada hasta las 18:00, aproximadamente, cuando se decidió con la familia enviarla a un centro privado de Ibuelo, muy cerca del hospital de referencia de Villa Tunari, donde trataron de reanimarla y la entubaron para enviarla al hospital de referencia de Cochabamba, suponiendo que tampoco en Villa Tunari tendrían la capacidad suficiente para resolver la emergencia. Llegó a su destino final a las 23:00 en estado inconsciente y el internista de turno, en Cuidados Intensivos, declaró su muerte una hora después; es decir seis horas después de haberse manifestado la emergencia.

De acuerdo a los expertos, la retención placentaria se diagnostica a los 30 minutos. Si la placenta no se expulsa pasado ese tiempo del parto, se debe controlar hemodinámicamente, realizar maniobras cuidadosas y, si es necesario, proceder a la transfusión sanguínea. Si no se tiene esa capacidad en el centro de salud donde se ha producido la emergencia, se debe referir a la mujer a un hospital de tercer nivel en forma inmediata

Esta joven quechua, completó el quinto año de primaria en su niñez. Tímida y algo retraída, abandonó la escuela en segundo de secundaria y poco después, muy joven, tuvo un bebé con un compañero sentimental que murió en un accidente de tránsito al poco tiempo. Trabajaba de obrera en una fábrica de palmito, donde conoció a un joven del que se hizo amiga y luego enamorada. Al poco tiempo, él empezó a sentirse inseguro y a mostrar una personalidad agresiva, se molestaba de cualquier cosa y la culpaba de todas sus dificultades. La agredía verbalmente muy seguido frente a los vecinos e inquilinos del cuarto que tenían junto a otras familias, en una construcción llena de habitaciones contiguas que los dueños –sus padres– alquilaban temporalmente como forma de incrementar sus ingresos. En otro de esos cuartos vive su hermana, que también trabaja con palmitos, y los padres cuando llegan desde Santa Cruz, donde tienen su residencia y una tienda de abarrotes, que es su principal negocio.

Cuando murió Cecilia, en un momento de depresión y aparentemente por su sentimiento de culpa, el viudo intentó suicidarse. Con el paso del tiempo se repuso, aunque no lo suficiente para hacerse cargo de los niños. Fueron los padres de Cecilia quienes asumieron el cuidado los menores y se los llevaron a Santa Cruz. La madre y el hermano, que también vive cerca, nunca entendieron cómo Cecilia pudo morir de esa manera, teniendo una atención médica que se supone tenía la capacidad para resolver cualquier complicación. Por un buen tiempo estuvieron recabando antecedentes e información con el objeto de presentar una demanda por negligencia; aún tienen la esperanza de conseguir un fallo favorable o, por lo menos, dice la hermana, “una explicación clara de lo sucedido”, porque nunca nadie del hospital quiso hablar con ellos. Una vecina cuenta que Cecilia no quiso pedir ayuda médica hasta que empezaron los dolores de parto de un embarazo que se habría pasado de fecha, pese a que ya tenía varios días con dolores de estómago y una depresión profunda.

Blanca, Villa Tunari

Blanca murió a los 50 años. Parecía mucho mayor y estaba embarazada de su noveno hijo. El mayor tenía 18 por entonces. Mujer quechua, de campo, sin estudios de ningún tipo, sometida a la maternidad desde muy temprano, nunca tuvo otra actividad que cuidar a sus hijos, trabajar en la siembra y la cosecha y las labores domésticas. Conocidos coinciden en que Blanca vivía siempre

con temor a su esposo y tenía una tolerancia infinita al maltrato. No mucho antes había llegado a un poblado del trópico con la intención de comprar un lote y establecerse en el lugar, a todas luces más próspero que su natal pueblo ubicado cerca de Tiraque.

Durante el embarazo apenas tuvo un contacto fugaz con la doctora residente del puesto de salud, construido y equipado por una organización no gubernamental, sin apoyo del municipio, cuyo nombre está borrado del letrero como muestra del descontento de la comunidad por el poco apoyo del gobierno local, y también porque queda justo en un territorio que es parte de una disputa de límites entre Colomi y Villa Tunari.

La consulta con la médica que hacía su internado fue por una faringoamigdalitis y, según informes, rechazó el control prenatal que se le propuso. Fue un encuentro callejero, por casualidad, cuando ella y su esposo bajaban del chaco con sus productos para vender: locoto, zapallo y papa. La doctora le habló en su idioma aconsejándole que se aloje cerca del hospital de Sacaba, porque se trataba de un embarazo muy riesgoso, a su edad y con tantos hijos; pero Blanca no aceptó ni siquiera quedarse cerca del centro de salud de la comunidad, por alguna emergencia. Ni hablar de la cesárea que indican las normas para embarazos de alto riesgo. Pero no se hizo ningún intento por dialogar con el marido, por temor a su reacción, pues es conocido por su carácter violento e intolerante. Todos sabían que la golpeaba con mucha frecuencia pero no querían meterse en asuntos de pareja.

Ella tuvo sola a todos sus hijos, sin otro apoyo que el de su esposo. En realidad, no vivía en el poblado sino en su chaco, bastante lejos (a una hora de distancia a pie, de subida, por una estrecha senda), en una casa rudimentaria de madera que generalmente se usan solo en épocas de trabajo agrícola. Desde ahí es muy difícil bajar al poblado, especialmente de noche, y no hay forma de comunicarse para pedir ayuda, en casos de emergencias, que en este caso no se buscó hasta el final, cuando el marido tuvo que bajar a avanzadas horas de la noche.

El noveno hijo nació sin problemas, pero el útero de Blanca no pudo concluir su trabajo para expulsar la placenta. Su esposo utilizó una faja para tratar de detener una hemorragia profusa y constante, por varias horas. Finalmente, bajó al pueblo por ayuda, y no la encontró ni en el puesto de salud ni en los vecinos. Hace mucho que no hay parteras en la comunidad. Cuando volvió, con la intención de sacarla del lugar por sus propios medios, la mujer estaba muerta por shock hipovolémico debido a la retención placentaria, como dice el reporte médico.

6.2. Norte de Potosí

Sin mayores conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y por lo tanto, sin interés en la planificación familiar, la mayoría de las mujeres del norte potosino suelen tener muchos hijos hasta muy avanzadas edades.

En 2011 seis mujeres de 35 años o más –la mayor de 43– murieron por complicaciones relacionadas al embarazo; casi todas tenían varios hijos –hasta siete– y no pocas, experiencias de bebés nacidos muertos. Una tenía 40 años, dos hijos nacidos muertos y cinco vivos y otra, de 39 años,

cuatro nacidos muertos y cuatro vivos. Todas entendían que sus embarazos eran de muy alto riesgo; sin embargo, el personal de salud no fue capaz de convencerlas a ellas ni a sus familiares para tomar medidas de prevención.

Varias no asistieron ni recibieron visitas de control prenatal, una aceptó una consulta solo porque la iba a atender una mujer licenciada en enfermería, y precisamente ella fue una de las pocas del lugar que autorizó la vacunación de sus hijos varones. No son pocos los casos que demuestran que en esta región hay una resistencia a cualquier tipo de valoración sanitaria que implique dejar partes del cuerpo a la vista del personal, y menos que se las pueda tocar. En esas condiciones es muy difícil determinar antecedentes de enfermedades y problemas de salud de las mujeres, aunque es posible suponer que las infecciones respiratorias agudas, enfermedades gastrointestinales, tuberculosis y anemia no eran desconocidas por ellas, incluso durante sus embarazos. Se han reportado casos de dolores agudos de cabeza y estómago que concluyeron algunas veces en visitas a los centros de salud, sin que ello implique cambios de comportamiento en las decisiones sobre el lugar del parto u otras visitas durante el embarazo.

Margarita, Colquechaca

El caserío donde se ubica la vivienda de Margarita es pequeño, solo unas cuantas familias viven allí y con el paso del tiempo son cada vez menos. Estaban comunicados, por entonces (2011), solo por una senda de unos 50 cm de ancho, bordeando montañas empinadas, por la que se tarda unas tres horas de caminata en llegar al pueblo, a paso rápido y cuando no crece el río. Subiendo a una loma se puede captar señal de celular, aunque es casi imposible cuando llueve.

Poco antes de Todos Santos, cuando la neblina cubría toda la región, empezaron los dolores de parto de Margarita, pero duraron cuatro días sin que se produzca el nacimiento. El auxiliar de enfermería del pueblo la visitó y decidió referirla a un centro de salud con capacidad resolutive para lo cual la familia debía iniciar el traslado de la mujer en hamaca hasta el puesto de salud, mientras trataban de conseguir una ambulancia. Muy demacrada para sus 40 años, primeriza y anémica era, de acuerdo al reporte médico, un caso seguro de cesárea programada. Lo sabían desde el control prenatal, y eso no se puede hacer sino en un centro con personal, quirófano e insumos necesarios, sin embargo, el padre de la mujer, una persona de edad avanzada y con mucha autoridad, se opuso a dejarla salir de la comunidad en ese estado.

Al respecto, dice un vecino que “no se debe morir en otra parte, los ríos y cerros albergan espíritus malignos que pueden partir el alma, especialmente de aquellos ya debilitados por la enfermedad o el embarazo”. Cuando tienen que hacerlo llevan una cruz en la frente, un espejo en el hombro, un chicote y un cuchillo para espantar al mal.

Cuando el personal requerido en este caso tomó conocimiento del caso, el bebé de Margarita había nacido muerto, asfixiado después de varias horas en que estuvo atravesado en el útero. Ya solo les quedó atender a la mujer que había perdido mucha sangre, e hicieron lo que la norma aconseja: lectura de signos vitales, tapón con gasas para detener la hemorragia postparto, suero y envió en ambulancia, primero a Colquechaca, luego a Ocurí. Margarita murió en el trayecto.

Viendo su vivienda se entiende el comportamiento distante con el personal de salud y su negativa a aceptar las indicaciones. La recomendación de estar cerca de un servicio de salud con capacidad resolutive de segundo nivel es una prevención muy ajena a la realidad de la vida en el campo. La pareja vivía en una Jata, un cuarto que es dormitorio, almacén y cocina a la vez, construido precariamente con adobes y sunchos, con el piso de tierra y el techo de barro y paja. Su cama era un cuero de oveja o cabra y se cubrían con un *p'ullu* tejido de lana. Su dieta básica, como de casi todos en el lugar, consistía en papa, maíz y trigo, a veces lacayote, todo lo que se puede producir en los terrenos.

En estas sociedades, la mujer se encarga de todas las labores domésticas, además del pastoreo, que dura varias horas al día, y que aprovecha para hilar lana para tejer. Casi siempre va cargada de un bebé en la espalda. Una vez por semana, según cuentan, se bañan en las aguas de alguna vertiente, sin quitarse sus ropas. La violencia familiar es generalizada, aunque disminuyó en los últimos años porque muchas comunidades se convirtieron al evangelismo.

Leticia, Chuquihuta

Leticia vivía en un poblado del municipio de Chuquihuta, situado en un territorio límite entre los ayllus qaqachaca y jucumani, de muy difícil acceso; al menos hasta 2011, se tardaba un día para llegar desde Uncía o Llallagua en épocas de lluvia, incluyendo una larga caminata. Aunque en los últimos años se habilitó un camino de tierra que facilita el transporte y ya pueden llegar las ambulancias y se dotó a la región de varios equipamientos sociales como parte de los esfuerzos de pacificación de la zona, históricamente en conflicto por límites.

Es poco frecuente que los problemas de salud sean atendidos por personal capacitado, y mucho menos que los enfermos salgan de la comunidad para una consulta más especializada. Es tradicional pensar que la muerte es algo natural, que tiene que pasar en la propia comunidad.

Chuquihuta es un municipio nuevo, con un centro médico recientemente construido en su capital que tiene acceso a la carretera de Potosí a Oruro. En los últimos años se reportó incrementos importantes de cobertura de los servicios de salud: hasta un 70% de los partos son institucionales, muchos de ellos en domicilio, aunque el control postnatal no pasa del 15%. Sin embargo, tienen cuatro muertes maternas reportadas desde 2012, es decir una al año. Es también una zona minera y la tuberculosis es una de las principales preocupaciones del personal de salud del municipio. Existe medicina y partería tradicional pero no está realmente vinculada al sistema de salud, por falta de reconocimiento a su labor. El principal obstáculo para institucionalizar el parto en los centros de salud, es que las mujeres se niegan a abandonar sus plantaciones y animales.

Leticia, quechua de 39 años en 2011 con cuatro hijos nacidos vivos y otros cuatro muertos, se trasladó a casa de su mamá para recibir a su quinto hijo con la ayuda de gente de confianza. Tuvo otra vez un parto difícil. Estuvo con dolores casi todo el día, desde las siete de la mañana hasta las ocho de la noche, hora en que falleció luego de que su bebé naciera muerta en medio de un baño de sangre. No logró expulsar la placenta y luego de una profusa hemorragia, en poco tiempo devino un shock hipovolémico. Anoticiado temprano el auxiliar de enfermería de la comunidad y sin poder realizar ninguna acción directa, se comunicó con Uncía y enviaron una ambulancia que

llegó hasta donde pudo –por la intransitabilidad de los caminos– cuando ya se realizaba el entierro. Hoy hay algunos vehículos ilegales en el poblado que cobran hasta 150 bolivianos por un viaje hasta Uncía, pero casi nunca son usados para emergencias médicas, pues la administración del municipio suele tardar meses en devolver estos gastos.

Se construyó un centro de salud muy moderno en unos terrenos baldíos en las afueras del pueblo, pero nunca fue utilizado por la distancia, de modo que el auxiliar hizo su sede y vivienda en una antigua aula de escuela en el centro. Atiende uno o dos partos mensualmente a domicilio y trata a mujeres embarazadas con controles prenatales, aunque generalmente solo puede escuchar sus síntomas e instruirles, porque las mujeres no se dejan tocar. Los partos se realizan en posición de cuclillas y muchas veces en soledad absoluta, especialmente si se trata de mujeres mayores.

La familia de Leticia tenía su casa y sus tierras en una zona apartada incluso del caserío, donde tenían un cuarto que les servía de alojamiento cuando bajaban para realizar alguna actividad comercial o social. El auxiliar de enfermería captó temprano el embarazo pero ella mujer rechazó los procedimientos del control prenatal. No quiso ir a Uncía porque decía que la atendieron mal, rápido y de mal humor, la única vez que se aproximó al servicio de salud de esa localidad. “Solo sacan sangre y no hablan”, dijo su esposo.

Leticia y su esposo tenía sembradíos de arveja, haba y papa pero la producción no alcanzaba ni para el consumo familiar. Su vivienda consistía en una choza de un ambiente multifuncional de tierra, paja y piedras, donde era necesario radicar para pastear en el día a los animales y cuidarlos de los depredadores en la noche. Su principal alimento era una sopa de chuño y papa, con arveja, trigo y maíz, de acuerdo a existencia. Para completar sus ingresos, el esposo viajaba por temporadas a ofrecer sus servicios como minero en las zonas productoras de antimonio. Hace poco su hija mayor, de 16 años, se fue a Santa Cruz a trabajar de empleada doméstica.

“Tenía 19 años cuando nos juntamos y seguimos juntos 20 años... sana nomás estaba, era alegre, no peleábamos mucho, todo hacíamos juntos: sembrar, cosechar, cocinar... hay mucho trabajo y nunca es suficiente. Ahora mis hijos me ayudan. Están vacunados y no tienen temor al enfermero, pero necesitamos un médico... No he buscado a otra mujer porque atendería mal a mis hijos”, cuenta el viudo.

Nancy, San Pedro de Buena Vista

Nancy estudió hasta quinto de primaria y Rubén hasta primero de secundaria. Tuvieron siete hijos en sus 25 años de casados; todos los partos fueron en casa, uno nació muerto y otro “con mal de estómago” y falleció a los dos días.

En 2011, a sus 40 años, Nancy estaba con un embarazo a término y tuvo dolores durante todo el día, pero no le dio importancia. Era normal en ella no dejar que algún malestar le impida seguir trabajando hasta el último momento; no tenía miedo al trabajo, cargaba niños y bultos, caminaba mucho y siempre estaba activa. Era de carácter fuerte y no aceptaba sugerencias, creía que moviéndose y trabajando como siempre los partos eran más rápidos. Poco antes del último, había

discutido con sus padres por problemas familiares y en esos días estaba muy enojada. “Así era, con algunas personas se llevaba bien pero con otras llegaba a pelear con mucha fuerza. Siempre quería tener la razón”, cuenta el viudo.

Sus días pasaban lentamente entre la cocina, la siembra o cosecha y el pastoreo de animales, actividades en las que siempre cargaba a un niño, su hijo menor. Por la tarde y noche, lavaba ropa, limpiaba el corral, el patio y la casa y cuidaba a los animales. Pese a tan intensa actividad, la alimentación de la familia siempre era limitada a la papa, mote, cebada, haba y arveja; muy pocas veces carne. Para comer disponían de los productos de sus tierras y siempre dejaban algo para vender en la feria para contar con algún ingreso monetario y adquirir fideo, arroz, azúcar y aceite. Tenían mucho cuidado con el ganado, especialmente las vacas, porque son recursos clave en caso de necesidad.

Con sus controles prenatales regulares, luego de una jornada normal de trabajo, a eso de las 8:00 pm, tuvo un parto rápido. Solo la acompañaban su esposo y su ahijada. Como no podía salir la placenta por varias horas, Rubén bajó al centro de salud del pueblo a buscar al doctor, pero este había salido en la ambulancia a atender otro caso. Había una licenciada que no quiso acompañarlo por la oscuridad y la distancia; le dijo que cuando volviera la ambulancia subirían. Al llegar a su casa, luego de la larga caminata, el hombre vio que todo seguía igual y luego de ofrecerle a Nancy un mate para el dolor se durmió junto al bebé, al que horas después halló muerto. Al amanecer llegó la ambulancia hasta donde el camino lo permitía, pero la mujer ya estaba muerta desde mucho antes. El auxiliar de enfermería cree que si él hubiera estado en el momento de la emergencia, las cosas hubieran sido distintas. El sale de noche a cualquier parte, donde lo necesiten y en casos similares no ha dudado en practicar el retiro manual de la placenta o realizar maniobras de colocación, aplicar oxitocina y suero, aunque sabe que sus superiores pueden obstarle por hacer cosas que no le corresponden.

Los dos hijos mayores de la pareja viven ahora en Cochabamba, trabajan de albañiles y ya no volvieron más al pueblo. A veces hablan por celular con su padre quien, para poder atender a los tres menores, se volvió a casar con una señora viuda y con quien juntaron sus propiedades.

6.3. Centro de Potosí

Solo en tres casos hubo ausencia total de asistencia médica en el curso de los embarazos o en la atención de las complicaciones que se dieron en esta zona en 2011; sin embargo, en los casos en que sí hubo este servicio, no hubo seguimiento con cuidados posteriores en el hogar, en casos de múltiparas, con antecedentes de abortos anteriores o enfermedades paralelas, como hipertensión o depresión.

Dos mujeres tenían antecedentes de abortos previos, cinco eran primerizas y jóvenes y tres habían tenido ya más de cinco hijos. La alta presencia de causas indirectas de mortalidad, e incluso hechos ocurridos durante los procesos reproductivos inmediatos de muchas mujeres, da cuenta de una evidente debilidad en la atención integral de las complicaciones obstétricas cuando están asociadas o vinculadas a otro tipo de problemas de salud y, sobre todo, a dificultades que enfrentan las mujeres en otros aspectos de sus vidas.

Vanesa, ciudad de Potosí

Vanesa murió a los 39 años, cuando se dirigía al hospital Bracamonte en un taxi que su esposo tomó a unas cuadras de su domicilio, luego de que la mujer casi ya no podía respirar, al extremo de ponerse morada como si la estrangularan; ya tenía dos días de malestar general, según contó el viudo. Su familia sabía que sufría hipertensión que le fue diagnosticada en su anterior embarazo, en uno de los controles prenatales a los que solía asistir en el centro de salud cercano a su domicilio, en un barrio nuevo y alejado del centro de Potosí.

En los días previos al fatal desenlace, Vanesa tenía siempre hinchados los pies y dolores de cabeza. Había visitado al médico del barrio por sin recibir ningún tratamiento porque “no encontró nada serio; con el tiempo, resulta incomprensible que el galeno haya pasado por alto el evidente embarazo de riesgo por la edad, enfermedad crónica concomitante, antecedente hipertensivo y preeclampsia.

En general, Vanesa y su familia no eran partidarios de visitar al médico; no dejó que vacunaran a sus hijos porque creía que les hacía daño. En esta ocasión también pensó que se trataba de un malestar pasajero, hasta que no pudo aguantar más. Cuando llegó al hospital, lo único que pudieron hacer es practicarle una cesárea para retirar al feto muerto de seis meses de gestación. En la hoja de autopsia verbal se indica que el fallecimiento se debió a un accidente cerebro vascular derivado de la eclampsia, la misma que evolucionó sin que ella ni su familia se enteren ante su renuencia a buscar ayuda.

Desde pequeña, Vanesa era delicada de salud, tenía asma, una dolencia que le acompañó hasta el final. Solo había cursado el nivel primario de educación formal en el campo, para dedicarse luego al apoyo a su familia en todas sus actividades, domésticas y económicas, cuando se trasladaron a la ciudad de Potosí. Cuando tenía 20 años, se enamoró y empezó a convivir con un joven proveniente también de una familia migrante de la zona rural de Potosí, con quien tuvo siete hijos (cuatro varones y tres mujeres). La muerte la encontró embarazada de su octavo bebé.

La hija mayor de Vanesa, que entonces tenía 17 años, recuerda que era un domingo de mucho trabajo, pues Vanesa tenía dos puestos en el mercado. Cuentan que la mujer era de carácter fuerte y dominante, tanto en la familia como en el trabajo. Una vecina dice que trataba mal al esposo, con frecuentes recriminaciones y reclamos a viva voz, pero que en general las riñas no llegaban a mayores. El día en que se puso mal todavía no había contado que estaba embarazada de su octavo hijo, y quienes estuvieron con ella recuerdan que estaba particularmente malhumorada porque tuvo algunos problemas con otros comerciantes. Poco después, cuando volvía a su casa, se desmayó y tuvieron que llevarla al hospital en un taxi. No llegó viva.

Su esposo es albañil y también ayudaba en el transporte y venta de mercadería. Estaba construyendo su propia casa, y mientras tanto todos vivían en un par de cuartos. En el barrio, recién estaban haciendo las calles y también tenían que participar en las tareas comunitarias. Ahora, él está a cargo de toda la familia y ha preferido dedicarse a la minería, donde puede obtener mayores ingresos, aun a costa de recargar todas las tareas domésticas en sus hijas. Desde la muerte de Vanesa, la hija mayor es prácticamente la mamá sustituta, especialmente del hermanito menor

que no había cumplido dos años cuando murió su madre. Una de ellas, de 17 años ahora, la que más sintió la muerte de su madre, descuidando sus estudios y sus tareas, tiene un hijo de casi dos años. A ella, que sigue viviendo en casa de su padre, le ha tocado hacerse cargo del puesto de jugos; el otro puesto pasa cerrado la mayor parte del tiempo porque no hay quién viaje a Oruro a comprar mercadería y ocuparse de la venta. Los hijos mayores ya están haciendo sus propias vidas.

En el centro de salud del barrio hay cinco médicos, dos enfermeras, un auxiliar. Tiene servicios de farmacia, odontología y casi todo el personal depende de programas, por lo que tienen otras actividades y enfrentan muchas dificultades para cubrir los turnos que son de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00. Según señalan, siempre refieren los casos complicados al hospital Bracamonte. Algunos vecinos dicen que son pocos los que confían en el personal del centro, y que solo van para las vacunas o para tramitar los bonos. "Solo hay una doctora que atiende bien y no siempre se puede tener ficha con ella; otros prefieren irse al hospital o a la Cruz Roja directamente, hasta es más rápido. De todas formas cualquier estudio debe hacerse allí, es mucha pérdida de tiempo", dijo una vecina. En el centro médico no hay registro de atención de Vanesa.

Milena, ciudad de Potosí

Milena, de 33 años, de origen quechua, falleció en el hospital general de la ciudad de La Paz en agosto del 2011, por complicaciones de un lupus eritematoso luego de superar una cesárea con óbito fetal en el hospital de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de Potosí.

Vivía en la casa de su padre, un conocido sastre, en compañía de sus tres hermanos, todos profesionales con posiciones económicas más o menos holgadas. Una de ellas vive ahora en Buenos Aires con su familia y el resto son profesores, todos casados también.

Milena siempre quiso estudiar medicina, pero hacerlo en otra ciudad como Sucre resultaba muy caro, de modo que optó por la enfermería, carrera disponible en Potosí. Trabajaba de enfermera en el hospital Bracamonte y pese a su relación constante con el personal de salud no tuvo nunca un diagnóstico definitivo de su enfermedad, hasta que se puso a investigar por su cuenta y dio con un resultado difícil de asimilar: lupus sistémico, una enfermedad cuyo tratamiento de contención suele ser muy pesado y con pocas esperanzas de éxito.

Antes del último embarazo tuvo dos abortos espontáneos, lo que la deprimía profundamente, porque consideraba que el tiempo para ser madre se le estaba terminando. Entre sus alternativas también buscó el apoyo de médicos tradicionales, que tampoco ayudaron a resolver sus problemas. Su médico de la Caja Nacional de Salud, tras confirmar el lupus, le había recomendado no volver a embarazarse, según cuenta su cuñada, pero lo hizo y a los cuatro meses tuvo su segunda pérdida. Tuvieron que extraerle el feto por cesárea por lo avanzado del embarazo. Luego de dos semanas de la operación retornó al trabajo en el servicio de Infectología donde, al parecer, fue contagiada por una enfermedad no identificada y presentó un cuadro de infección generalizada que indujo, luego de una larga espera y cuando dejó de hablar de lo mal que estaba, a su referencia a la ciudad de La Paz. La internaron en el Hospital Obrero, donde estuvo por cuatro meses hasta que entró en coma, situación en la que se mantuvo por varias semanas hasta fallecer un día

de agosto de 2011. Según su hermano, en el hospital de Potosí, antes de perder el habla empezó a comportarse de un modo muy extraño, “no reconocía a nadie, gritaba y saltaba en las camas como niña, no había forma de tranquilizarla”.

Su enamorado era un interno de medicina que conoció en el hospital cuando ella ya se había graduado y ejercía profesionalmente su oficio. Muy poco después de saber que estaba embarazada rompieron y él, que siempre vivió en casa de su madre en Potosí, se fue a La Paz a especializarse precisamente en el Hospital Obrero. Fue la última persona conocida en verla con vida. “Prácticamente murió en sus brazos, como si Dios hubiera querido castigarlo por haberla abandonado en las peores circunstancias”, contó la hermana.

Berta, ciudad de Potosí

A sus 34 años, Berta tenía un cáncer de mama muy avanzado que le fue diagnosticado cuando estaba embarazada de su sexto hijo. Cuando el bebé nació en la Caja Nacional de Salud, la refirieron a La Paz para proceder con un tardío tratamiento especializado. No se sabe por qué no se inició un tratamiento durante el embarazo. Asistió varias veces a sesiones de quimioterapia pero sus pulmones no resistieron mucho, murió a las pocas semanas de un paro cardíaco.

En la familia recuerdan aún con mucho pesar la difícil etapa que se inició durante el último embarazo, debido a que el anterior bebé “le había soplado” cuando lo amamantaba. Eso ocurre, según cuentan, cuando se da de lactar a un niño que está llorando mucho, y que al respirar introduce aire en el seno de la mujer. El pecho le había crecido unos 10 centímetros y le dolía mucho.

Su esposo es cooperativista minero, por lo que toda la familia asegurada, pero Berta era un ama de casa muy dedicada a las necesidades de sus hijos y su hogar y nunca iba al médico, aunque se encontrara realmente muy enferma. Su esposo se pierde todo el día en el trabajo, de modo que ella se sabía imprescindible para sus hijos, especialmente para los más pequeños, de modo que la búsqueda de atención demoró más de recomendado.

Después de muchos años la pareja había logrado construir una casa en la ciudad y la vida era relativamente satisfactoria para la familia, con algunas restricciones, pero con el margen suficiente para que todos estudien. Ahora, todos los jóvenes y niños siguen estudiando y se han organizado para prepararse las comidas y hacer los deberes domésticos, mientras el padre trabaja. Todos han superado el nivel primario que su madre cursó apenas hasta segundo.

Vicenta, ciudad de Potosí

Vicenta tenía 20 años cuando murió, en 2011, en el hospital Bracamonte de Potosí, donde permanecía internada de emergencia debido a un tumor en el cuello. Tenía un hijo de tres años, cursaba el séptimo mes de su segundo embarazo y vivía en compañía de su concubino cuando se le presentaron malestares parecidos a una gripe común con una tos que fue empeorando poco a poco. Pasaron varios días a la espera de su recuperación hasta que una noche sus malestares se incrementaron notablemente y se desmayó en su cama, por lo que su compañero optó por conducirla al hospital.

Los médicos que lograron reanimarla, aunque no recuperó el habla, decidieron practicarle una cesárea para no correr riesgos. La bebé nació sin mayores dificultades que las de un parto prematuro, con sus implicaciones, y Vicenta continuó internada por siete días, cuando fue dada de alta pese a que no se sentía bien del todo. En los días siguientes tomó algunas sesiones de fisioterapia por su cuenta, que aliviaron en buena medida sus dolores. Tenía flemas y le costaba mucho respirar, pese a que su concubino aprendió a succionarlas. Poco después tuvo una crisis y fue nuevamente conducida al hospital, donde no pudieron identificar la naturaleza de la enfermedad, recomendando su traslado a Cochabamba, donde le practicaron una traqueotomía para normalizar la respiración y retornarla a Potosí con cuidados intensivos. Estuvo una semana en el hospital hasta que su corazón dejó de latir sin que se haya podido saber cuál era el problema ni cómo enfrentarlo. En el parte médico solo dice “muerte por tumor en el cuello”.

La presencia de una tumoración a este nivel se puede apreciar por exploración física (palpación), laringoscopia, radiografía, tomografía o ecografía, es decir, tanto en Potosí como en Cochabamba los hospitales tenían capacidad de sospecha diagnóstica y es difícil de entender por qué no se realizó algún proceso, como una biopsia o escaneo de cuerpo completo, y por qué se devolvió a la paciente a Potosí sin una estabilización apropiada (a menos que tras la traqueotomía se haya decidido detener los esfuerzos terapéuticos). El reporte final: “tumor en el cuello”, no se justifica como causa de muerte.

Joven quechua, Vicenta cursó hasta concluir la secundaria y se juntó con un joven conocido del colegio antes de graduarse en el bachillerato, ya con un hijo en camino, con apenas 17 años, pero con mucho entusiasmo y energía, dispuesta a formar su propia familia con la mente puesta en un futuro prometedor, trabajando desde el principio como empleada doméstica. Él empezó a trabajar de minero y con el tiempo adoptó un comportamiento violento y descuidado, hasta que la familia intervino para que no se repitan hechos de maltrato y desconsideración con la muchacha. Con la muerte de Vicenta, el joven viudo está más pegado a su familia y a las hermanas de la difunta, a quienes necesita para el cuidado de los hijos y se porta mejor, según cuenta su cuñada.



Trópico de Cochabamba, recuerdo de accidente

7. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, TRASTORNOS EMOCIONALES Y HÁBITOS INSALUBRES

En la ruta hacia la muerte materna no son extraños algunos hechos sospechosos dentro de la familia; desde la alimentación de las mujeres embarazadas, raras veces saludable y adecuada en cantidad y calidad, hasta ambientes de malestar y violencia, que deben soportar en un estado en el que no deberían estar expuestas a la depresión. En esta parte de la investigación se describen privaciones angustiantes, trastornos emocionales y otros inconvenientes comunes y frecuentes que debieron enfrentar las mujeres poco antes de fallecer por causas directa o indirectamente ligadas al embarazo.

Algunas historias de vida que se relatan luego de un ensayo de interpretación de este conjunto de condiciones de las familias, son también evidencias de alertas no siempre atendidas a tiempo.

7.1. Trópico de Cochabamba

Prácticamente en todos los casos investigados se evidenciaron deficiencias en la alimentación y dieta especial durante el embarazo, unas veces por la poca disponibilidad de alimentos nutritivos, otras por el consumo exagerado de productos poco saludables, y no pocas veces por creencias y costumbres. La ingesta de carne de chanco después de un parto con antecedentes de hipertensión es un buen ejemplo, lo mismo que la ausencia permanente de alimentos ricos en minerales, vitaminas y fibras en la mayoría de los casos.

Son también recurrentes los problemas emocionales severos y llamativamente poco valorados en la rutina de los servicios médicos, incluyendo su escasa presencia en los protocolos de atención. La timidez, la vergüenza y el temor son a veces sentimientos sobrepuestos en extremo a problemas durante el embarazo, que no pueden ser manejados apropiadamente por el personal de salud, especialmente en una región caracterizada por la inmigración reciente de familias de otros contextos culturales.

La depresión fue un problema común en varias de las mujeres que murieron en 2011, y la sufrieron no solo después del parto, sino también durante el embarazo, generalmente por preocupaciones económicas elementales y por dificultades familiares o de pareja. Se identificó también motivos y circunstancias de angustia y agotamiento frente a trabajos exigentes, inseguros y poco remunerados.

Es llamativa la constatación de la violencia intrafamiliar con el agravante del embarazo y de antecedentes obstétricos de riesgo. Varias mujeres recibieron golpes, amenazas y maltrato psicológico durante sus embarazos; al menos dos de las muertes están ligadas directamente a episodios de violencia extrema y otras al temor y desánimo que infunden los ambientes violentos, muchas veces intensificados por el consumo de bebidas o drogas. Los hechos de violencia doméstica están generalizados y las víctimas están casi indefensas, por una arraigada cultura de afirmación del abuso y el maltrato del hombre a su pareja, sobre todo en casos que se relacionan con el incumplimiento de tareas domésticas. El consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas agrava la situación de violencia intrafamiliar y violencia sexual en la que viven niños y niñas de todos los grupos sociales, sin que existan mecanismos efectivos de control de estas conductas. Se identificaron antecedentes de violencia moderada y grave en la mayoría de los casos de mujeres muertas reportadas en este estudio.

Son muy comunes los casos de familias inestables por la ausencia frecuente de las parejas por razones de trabajo, por la escasa presencia directa de redes familiares de apoyo, por el abandono de la pareja en el primer embarazo adolescente, por el sentimiento de desventaja al tener un hijo de otro padre y por la frecuente entrega de hijos menores a los abuelos o familiares, algunas veces incapacitados para la tutela. Estos factores se magnifican con la desintegración familiar que suele seguir a la muerte de las mujeres.

Tatiana, Shinahota

Tatiana murió a sus 34 años, luego de vivir sus últimos meses en un pueblo cercano a Villa Tunari donde con su esposo e hijos pretendían establecerse definitivamente, atraídos por la prosperidad que alcanzaron los hermanos del esposo que emigraron a esas cálidas tierras unos años antes.

En su pueblo quechua cercano a Colomi, apenas cursó tres años de estudios de primaria y luego aún muy joven se enfrentó sola a las responsabilidades maternas luego de que su primera pareja la abandonó con una niña. No mucho después empezó a convivir con otro hombre con el que tuvo tres hijos, y con quien vivió con muchas privaciones y dificultades pese al apoyo constante de sus familiares más cercanos. Las labores agrícolas apenas rendían ganancias para cubrir sus necesidades más urgentes y no podían mejorar su calidad de vida por más esfuerzos que hacían.

Muchos de sus contemporáneos emigraron a lo largo de los años, y empezaron a llegar al pueblo noticias de su progreso. Volvían periódicamente con regalos y organizaban fiestas, para luego retirarse a sus nuevas residencias dentro y fuera del país, no sin antes asegurarse de que aún conservaban sus terrenos que dejaron al cuidado de familiares. Tatiana y su pareja quisieron muchas veces hacer lo mismo, pero su rutina de tareas domésticas y el trabajo en los terrenos de sus padres no les dejaban ningún margen de ahorro para organizar un traslado.

La oportunidad esperada se presentó cuando la hermana mayor del esposo llegó de visita del trópico, r donde junto a su pareja habían adquirido un chaco para la producción de coca, y convenció a uno de sus hermanos, con experiencia en trabajos de albañilería, a probar suerte en esas tierras. Por relaciones de amistad obtuvo rápidamente trabajo y se destacó entre muchos por su capacidad emprendedora, hasta lograr organizar bajo su mando a un grupo importante de peones

y hacerse de un contrato de una obra de magnitud cerca de Shinahota. Para realizar esas tareas propuso a su hermano menor, el esposo de Tatiana, incorporarse al grupo de 20 trabajadores, y también contrató a otra hermana para que se ocupara de atenderlos con la alimentación diaria. La idea del joven era alquilar una casa precaria cerca de donde vivían sus hermanos, establecer ahí a Tatiana y sus hijos, mientras él trabajaba. Así lo hicieron, la obra no quedaba muy lejos pero muchas veces los hermanos debían trabajar hasta muy tarde con el objeto de terminar la construcción lo más rápido posible, porque era un contrato llave en mano, y se quedaban a dormir ahí mismo.

En medio del difícil proceso de adaptación, que a Tatiana le resultó más complicado de lo pensado por la hostilidad del clima, las enfermedades recurrentes de los niños, las picaduras de los insectos, la casi absoluta soledad en la que se encontraba y las agobiantes tareas domésticas bajo su exclusiva responsabilidad, se enteró de que estaba embarazada. Le confesó a su cuñada que no quería tener al niño y ella, mucho más experimentada, le dijo que ya era muy tarde para hablar de métodos, como le había sugerido varias veces antes sin lograr que Tatiana perdiera el miedo natural de la gente del campo a cualquier profesional de la salud.

Uno de esos días Tatiana le dijo a su esposo que debía ir a visitar a su familia a Colomi, por un fin de semana, para arreglar algunos asuntos pendientes; luego se supo que en realidad había viajada para someterse a un aborto. Solo contó con el apoyo de su hermana que trabaja vendiendo verduras en el mercado central de Colomi, con quien se alojó para recuperarse de la intervención. Al pasar las horas empezó a sentir dolores cada vez más agudos y de golpe le vino una fuerte hemorragia, según contó la hermana. Luego de improvisar varias toallas higiénicas, se subió a un bus, seguramente sin pensar que se alejaba de un lugar –el mercado donde trabajaba su hermana– donde hay un centro de salud dotado de todas las condiciones para resolver la emergencia médica que la aquejaba.

Antes de llegar a su casa, Tatiana visitó a un médico que tiene un consultorio privado, a quien, según contó luego, solo le contó sobre la hemorragia y los dolores, por lo que le recetó calmantes y vitaminas a la espera de la evolución del proceso. Ya en su casa le dio la misma versión a su esposo: sin mencionar el aborto, le dijo que su hemorragia se debía al exceso de trabajo y que el médico ya le había medicado. Una noche después, cuando su marido y su cuñada estaban en el trabajo, Tatiana falleció en su vivienda. El médico del puesto de salud, convocado por los vecinos, certificó el caso como muerte por anemia aguda producida por hemorragia y shock hipovolémico debido a un aborto incompleto de una gestación entre el tercer y cuarto mes.

Sorprende ver cómo en una familia existen diferencias educativas y de perspectiva cultural tan profundas, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva. La cuñada de Tatiana está informada sobre anticoncepción, aborto, señales de peligro y cuidados de la salud, pero no pudo compartir ese conocimiento con Tatiana.

La hija de la cuñada es una joven muy despierta e informada, habla con facilidad sobre lo acontecido y dice que su tío, el marido de la difunta, ya está saliendo con otra mujer “casi tan joven como yo”. Debe tener unos 16 años, le falta poco para egresar de la secundaria y reconoce que muchas jóvenes de su edad ya están en relaciones serias, pero que a ella no le pasará lo mismo. “Ahora se piensa hasta en la universidad, antes la primaria era todo lo que se podía lograr”, dice la cuñada.

Alma, Puerto Villarroel

Alma de 32 años, estaba en el octavo mes de su quinto embarazo. Como ya era habitual, pasaba sus días en condiciones de violencia doméstica y agudos problemas económicos. Poco antes había estado internada pero en el hospital de Ivirgarzama le dieron el alta sin un diagnóstico clínico preciso.

Su esposo, albañil de oficio y agricultor por necesidad, respondió con ambigüedades a las preguntas sobre las características de su vida familiar y de los últimos días de su esposa, ante la imposibilidad de acceder a la información clínica. Dice que para sus malestares solo la trataban con paracetamol y está convencido de que tenía cáncer, enfermedad que padecieron algunas de sus parientes de Mizque, de donde era originaria. Por otras fuentes, se infiere que tras un episodio de violencia doméstica, la mujer sufrió una “ruptura prematura de membranas” que derivó en un cuadro séptico, como definió el criterio médico, por lo que fue internada nuevamente en el mismo hospital. Una vecina afirma que “estaba sangrando de las encías, tenía fiebre y no comía; la llevaron al hospital en la movilidad de un vecino y les dijeron que tenía dengue hemorrágico”. En el hospital presentó sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal y se la refirió a Cochabamba. Partió en ambulancia a las ocho de la noche y murió a la mañana siguiente.

Otra vecina ratifica que Alma sufría constantes maltratos y alerta que este es un fenómeno naturalizado al que nadie le presta mucha atención. “Es cosa de una vivir con golpes o abandonar el hogar, no hay a quién quejarse porque hasta los dirigentes golpean a sus mujeres, ¿con que valor moral podrían intervenir? Aquí solo se puede aconsejar pero no meterse, entre mujeres; solo valen los varones y ellos deciden y se apoyan, nunca toman en cuenta a las mujeres, no hay dónde quejarse... Si no se preocupa su hombre, ¿qué se puede hacer?”, sostuvo. Incluso un médico del centro de salud dice que no se puede intervenir en ese tipo de conflictos porque no existen policías ni fiscales en la zona. “Además pueden tomar represalias contra uno, porque los hombres consideran que están en su derecho cuando ejercen violencia para controlar sus familias”.

Según los médicos entrevistados, Alma nunca se hizo controles prenatales. Tenía lesiones musculares, tuberculosis y otros padecimientos. “No quería ir al centro para sus controles porque decía que nunca los había necesitado, pero sí iba por sus dolores de tantos golpes que recibía, aunque ella decía que era por el trabajo”, cuenta una vecina. Los dos últimos años fueron muy complicados para ella, por la difícil adaptación al clima, el extenuante trabajo en el chaco que alquilaban, las deudas, la escasez de alimentos, el consumo de agua del río, y encima, el alcoholismo, la eterna insatisfacción y los abusos de su esposo. La vecina recuerda que cuando llegaron a vivir en la comunidad empezaron en un cuarto construido con plásticos y palos. Así vivieron por dos años, trabajando en el chaco de una hermana del marido y descuidando a los niños casi por completo. “De hambre salían a pedir comida y así estaban, con lo que conseguían.

Durante un tiempo los hijos quedaron solos en su vivienda sin más apoyo que el de algunas vecinas que les daban comida. La hija mayor, de 14 años, por entonces, estuvo involucrada en un robo en el vecindario, cuyas víctimas descubrieron enterrados en su cuarto Bs. 55.000. Ahora ella

trabaja en una pensión y uno de sus hermanos es mototaxista. Una de las abuelas recogió a los más pequeños. El viudo mejoró un poco su vivienda pero luego la abandonó.

Martha, Puerto Villarroel

Martha, una joven de 17 años de Puerto Villarroel, tuvo un bebé exactamente un mes antes de morir. A su corta edad, con la responsabilidad incierta de una familia en construcción, decidió ingerir una porción de herbicida apenas dos semanas después del parto. Sin embargo, pasó otro par de semanas con fuertes dolores, náuseas y vómitos, hasta que fue conducida al hospital de Ivirgarzama desde donde, por la imposibilidad en ese momento de tratarla en terapia intensiva, la refirieron inmediatamente a Cochabamba, donde llegó en tan mal estado que no pudieron hacer nada. Falleció por insuficiencia respiratoria a pocos minutos de su arribo.

Según un médico de Ivirgarzama, de haberse quedado en ese hospital se le habría intervenido con el mismo protocolo que se utiliza en cualquier parte y “seguramente el resultado hubiese sido el mismo”. Solo un 5% de las personas que se envenenan con herbicida sobreviven, y es por eso que los pacientes son derivados de inmediato a un hospital de tercer nivel. Los familiares, que como la mayoría de la gente de la zona conocen la gravedad de estos casos, suelen presionar con la referencia cuando se enteran de los detalles.

Lo que sorprende de este caso es, primero que la joven haya estado en casa tanto tiempo después de la intoxicación, y, por consiguiente, la ausencia de un cuadro agudo inmediato, como ocurre en estos casos. Algunos médicos creen que previamente la mujer debió haber consumido sustancias que alteraron el metabolismo y disminuyeron la actividad de colinesterasa (una enzima de la sangre). Nadie puede confirmar esta versión, como tampoco se puede saber si se hubiera podido evitar la muerte si los familiares hubiesen recurrido a la atención médica en forma inmediata.

En su pueblo de origen, Cliza, Martha cursó la escuela y el colegio hasta el segundo grado de secundaria, y luego se vio obligada a aportar a la economía de su familia de pequeños agricultores. Aún adolescente, conoció a un joven de su misma edad con quien mantuvo una relación sentimental que pronto desembocó en un embarazo imprevisto, que vivió en compañía de sus familiares más cercanos. Finalmente accedió a trasladarse a una de las comunidades del trópico para vivir y trabajar junto a los familiares de su pareja, ya establecidos en esa zona y dedicados a la venta de la hoja de coca producida en sus chacos. Pero a la suegra no le agradó la idea de que su hijo asuma tan joven esas responsabilidades y menos con una mujer “traída del campo”. La pareja optó por conseguir su propia vivienda, con pocas posibilidades de seguir recibiendo ayuda de sus nuevos parientes.

Las nuevas condiciones climáticas, las continuas riñas familiares y las duras condiciones laborales terminaron por desmoralizarla por completo, a lo que se sumó, según señalaron los médicos, la depresión post parto que en algunas mujeres suele ser muy pronunciada. Es posible, se comenta, que el muchacho ya estuviera comprometido con actividades ilícitas relacionadas con el tráfico de estupefacientes, algún tiempo después se supo que había sido detenido por ese motivo en Chile, donde sigue purgando su condena en una cárcel de máxima seguridad. El recién nacido quedó a cargo de la abuela paterna.

7.2. Norte de Potosí

Prácticamente todas las mujeres que en 2011 murieron en circunstancias relacionadas con su embarazo en esta región, estaban subalimentadas, pues consumían casi exclusivamente productos de sus propios sembradíos y ganados. No existe ninguna evidencia de que durante sus embarazos hubieran adoptado algunas medidas para mejorar su nutrición. La alimentación consiste casi siempre en mote de maíz, lagua de chuño y papa cocida, y ocasionalmente, haba y arveja; en pocos casos se ha visto el consumo de cebada y avena y la carne y el charque son restringidos a ciertas épocas del año.

Por otro lado, en la mayoría de los casos se observaron antecedentes depresivos o trastornos emocionales de diversa gravedad, que nunca fueron motivo de consulta ni recibieron atención, incluyendo cuatro casos en los que era evidente la violencia doméstica. Ocho de las mujeres fallecidas eran parte de familias inestables o poco consolidadas y casi todas carecían de círculos sociales de protección más o menos amplios, en parte debido al aislamiento geográfico de sus comunidades y viviendas y en parte debido a problemas familiares. El rechazo de familiares a ciertas uniones o la ausencia total de parientes, tienen efectos directos en los cuidados de la mujer embarazada. Por lo demás, es notoria la desprotección de muchos de los recién nacidos de madres que murieron en el parto.

Alma, Ravelo

Mujer quechua de 30 años en 2011, Alma había cursado hasta tercero de primaria para luego abandonar los estudios definitivamente y ayudar en las faenas de hogar; no obstante, su anciano padre dice que solo sabía escribir su nombre. De joven tuvo una relación sentimental con un hombre, de quien nunca reveló su identidad, y a quien la familia no llegó a conocer; es el padre de sus dos hijos.

Llevaba su tercer embarazo sola en una precaria vivienda cerca de la de sus padres con quienes mantenía una relación tirante, porque dependía de ellos pero no se acomodaba bien a las responsabilidades que se esperaba que asumiera, empezando por aclarar sus relaciones de pareja. De todos modos, su obligación era apoyar a su madre en el pastoreo de sus ovejas, la cocina, la limpieza, el tejido y los cuidados de los niños, aunque en forma poco comprometida.

Fue entonces que se juntó con un vecino mayor que no la trataba bien, con quien tuvo a su tercer hijo, al que alumbró en su casa. Su cuñada cuenta que Alma intentó establecer contacto con personal de salud durante su embarazo, pero que la trataron con poco respeto y de mal humor, así que no volvió a intentarlo. Tuvo su bebé sola y se murió al mes con "sobrepeso". En realidad, la cuñada define el sobrepeso como "temperatura elevada con flujos vaginales", primero, y luego con "edemas en los pies". Una vez con esos síntomas, visitó al médico del centro quien le recomendó ir a un hospital en Sucre, y le dio un tratamiento de prevención en base a antibióticos y suero con complejo B. La mujer no alcanzó a terminar los medicamentos y viajar a la capital. Murió a los pocos días.

La cuñada cuenta que la casa cuarto en la que Alma vivía con su pareja tenía el techo deteriorado y entraba la lluvia y el frío. En esas duras condiciones estuvo varias semanas con su bebé recién nacido, y sin siquiera guardar reposo, pues ante la poca consideración de su pareja, casi de inmediato retomó las duras actividades cotidianas. A los pocos días de su fallecimiento, también murió el bebé en casa de su abuelo. Sin leche materna, solo consumía agua azucarada.

Los hijos mayores se fueron a Santa Cruz con unos parientes, una de ellas es empleada doméstica. Sus familiares y conocidos esperan que ahora tengan una mejor vida, pues en el pueblo, al igual que su madre, solo consumían lagua de maíz o chuño, mote, papa y alguna vez carne de cordero, cuando el abuelo carneaba un animal en días de fiesta.

Martha, Caripuyo

En Caripuyo, en un poblado muy pobre de las montañas, Martha tuvo su primer control prenatal al quinto mes de su embarazo y solo porque por entonces atendía una licenciada, porque era una muchacha muy tímida que rechazaba cualquier consulta con varones. Tenía 18 años y vivía con sus padres y hermanos en una vivienda de campo, una choza amplia muy separada de las demás, sin luz ni agua y al lado de un corral de ovejas que cuidaba por las noches y pasteaba en el día. Sus padres también tienen una casa en el pueblo que siempre está vacía.

Tuvo relaciones con un joven de una comunidad vecina con el que se conocieron en la escuela y cuando quedó embarazada trató de ocultarlo hasta que empezó a notarse su abultado abdomen, dando lugar a un conflicto familiar que nunca se resolvió. El muchacho no asumió ninguna responsabilidad y sus padres dejaron de hablarle, aunque la toleraban en la casa.

Tuvo su hijo en la vivienda paterna a fines de 2011 y asistió a un control posnatal luego de una semana, pero un mes después, en febrero del 2012, en plena época de lluvias, cayó enferma con temperaturas muy elevadas por lo que su madre fue a pie hasta el puesto de salud a pedir ayuda, y la licenciada le dio antibióticos; pero pasados dos días la medicación no logró ninguna mejora. Ya no se podía ni mover. Con el auxiliar la sacaron en carretilla hasta el puente que conectaba al pueblo con la carretera, para tomar una ambulancia de Caripuyo, que la llevó hasta Oruro. Fue internada en el hospital, sometida a tratamiento y dada de alta al día siguiente (sin conocer los resultados de los estudios o prescindiendo de ellos), y se alojó en casa de una hermana mayor que reside en esa ciudad para el seguimiento del tratamiento, que tampoco tuvo éxito. Una tarde, los familiares volvieron a llevarla al hospital donde falleció a las pocas horas con el diagnóstico de sepsis puerperal, según dictamen médico.

Los padres entregaron el bebé a la “suegra” y estuvo con ella hasta morir una semana después por falta de atención.

Tatiana, Sacaca

Tatiana, de habla quechua, sin estudios, cumplió 30 años en 2011. Vivía en las montañas a unas dos horas de caminata al pueblo más cercano. Ella y su bebé –el segundo– fallecieron por complicaciones del parto (retención de placenta) en su domicilio.

Era el invierno de 2011, en el pueblo de Katari Marka se celebraba un campeonato de fútbol de todas las comunidades en un ambiente de fiesta. Cuando se supo que Tatiana se encontraba en mal estado, se suspendieron los juegos y festejos para tratar de conseguir ayuda por teléfono y por otros medios.

Los niños que asisten a la escuela multigrado son atendidos por una maestra que observa un gran descuido generalizado en los cuidados familiares a los menores, mujeres y enfermos, que se nota en el aseo, la alimentación y la vestimenta. La migración es muy fuerte: en cinco años el número de niños disminuyó de 25 a 11. Solo quedan unas 20 familias en la comunidad, la mayoría son parejas de mayores que se alimentan pobremente, solo con lo poco que producen cada vez en menor cantidad: papa, chuño, maíz y un poco de haba. “Parece que los comunarios están esperando que el gobierno y el municipio se encarguen incluso de las cosas más elementales; creen, por ejemplo, que tienen derecho a médicos que los atiendan en sus propias casas, están muy envalentonados con sus organizaciones, al extremo que han decidido que para que un proyecto les de las gallinas que andaban repartiendo solo a las familias con niños malnutridos, dejarían a sus hijos sin comer para que sean considerados entre los beneficiarios”, cuenta la profesora.

Tatiana era la segunda esposa de Manuel. La anterior también murió en las mismas circunstancias. La maestra cuenta que “era por lo menos 10 años menor y él la trataba con violencia. Manuel ha vivido siempre aquí, lo que se considera un punto menos en la valoración de las personas porque indica que no tiene deseos de superación. Sin embargo, siempre reclama airadamente en las reuniones de padres o en las de la comunidad por cualquier cosa. Ahora tiene una tercera esposa y también la trata mal. Ha sacado recientemente a su hija de 15 años de la escuela para que cuide al hijo de la última esposa porque tiene que ir a trabajar al campo o a pastear las ovejas”.

7.3. Centro de Potosí

La mayoría de las mujeres fallecidas en circunstancias ligadas al embarazo en esta región, eran trabajadoras con doble o triple jornada, debido a su precaria situación económica y elevado número de hijos, lo que les dejaba poco tiempo y recursos para su cuidado personal. Muchas tenían familias inestables con poco respaldo real para la resolución de sus conflictos, y especialmente relaciones disfuncionales de pareja debido al consumo de alcohol y a la violencia. Por lo menos dos casos son cercanos al feminicidio agravado. Fracasos sentimentales tempranos también figuraban en las historias de varias de ellas.

Janeth, ciudad de Potosí

Cuando Janeth nació en 1996, trajo una inmensa alegría a sus padres, ambos profesionales profundamente comprometidos con la educación y el esfuerzo laboral, gracias a los cuales habían sorteado la siempre difícil transición de salir de la pobreza por méritos propios con el apoyo de padres migrantes de las zonas rurales de Potosí y con tres hijos varones hasta entonces.

Janeth era una hermosa niña que cautivó a su padre desde el primer momento. “Era la niña de sus ojos, no tenía más que atenciones y mimos para ella, pasaban juntos la mayor parte del tiempo

más aún porque como profesora rural yo venía a casa solo los fines de semana desde Chaquí”, cuenta la mamá. Tres años después tuvieron otra niña con la que completaron la familia.

Viven en una discreta casa de dos pisos con dos dormitorios y un baño, en la planta alta, unidos por un balcón externo con baranda de metal, del que se desprenden unas gradas que bajan a la planta baja donde se encuentran el comedor y la sala, junto a un baño y la cocina, alrededor de un patio con puerta a la calle. La vivienda se encuentra en un tranquilo barrio residencial donde hay escuelas y colegios de reconocido prestigio; los vecinos se conocen y mantienen vínculos muy estrechos. Por muchos años fue el padre quien se encargó de todos los quehaceres y cuidados de los hijos durante los días hábiles, porque la madre era maestra rural y volvía solo los fines de semana. Esta situación unió mucho al hombre con sus hijos, pero terminó por desgastar la relación matrimonial, de modo que para 2011 ya se había consumado el divorcio y los chicos se quedaron solos, pues el papá se fue a vivir con la que sería su segunda esposa.

Una mañana, luego de leer un escueto mensaje de celular que le había enviado muchas horas antes Janeth, su primo y mejor amigo se comunicó alarmado con el amigo con el que ella había terminado recientemente su primera relación sentimental y acordaron dirigirse inmediatamente a su domicilio (dejó el teléfono cargando y no volvió a fijarse en los mensajes hasta la mañana siguiente). Janeth no respondió al timbre ni a los llamados telefónicos. Gritaron desde la calle varias veces por su nombre y finalmente decidieron subir a la pared para entrar a la vivienda. Los hermanos mayores ya no vivían en esa casa y la hermana menor estaba con su madre en Chaquí.

La encontraron colgada de la baranda con una chalina amarrada al cuello. Cuando llegó la Policía a levantar el cuerpo, tras realizar una revisión en la vivienda, halló un sobre vacío de raticida y restos de vómito en el baño, signos de un frustrado intento de envenenamiento. También hallaron un cuchillo ensangrentado y manchas de sangre en el piso del dormitorio, que se asociaron con los cortes en las muñecas de la muchacha. Antes de recurrir al ahorcamiento había intentado cortarse las venas y había ingerido el contenido de un sobre de veneno de ratas. La decisión estaba tomada y había previsto tres alternativas.

Janeth, como muchas veces, había pasado la noche anterior sola en su casa. Había visitado a dos de sus tíos en diferentes barrios de la ciudad, con los que habló largamente de la vida, su tristeza y malestar. Ninguno imaginó lo que tenía en mente, pues aún la veían como una niña que se había destacado siempre como alumna excelente, pese a su extraña forma de vestirse, hablar y relacionarse durante el último año. Nada serio, era parte de una novísima moda juvenil caracterizada por la formación de grupos de adolescentes de entre 14 y 20 años, profundamente decepcionados de la vida y emocionalmente comprometidos con la música rock, aislados en parques y vestidos de negro, con el cabello lacio oscuro que les cubre un ojo, dejando al otro con un pronunciada sombra en el párpado inferior. Son los Emo, partidarios una filosofía norteamericana nacida en los 80, de rápida influencia en toda América Latina. Para Janeth era una decisión de vida radical. Comía y se provocaba vómitos, sangraba de la nariz muy seguido, tenía huellas de cortes de cuchillo en las manos. “Ese era el ritual de iniciación con su grupo”, cuenta su hermana menor. Solo una vez le llevaron al médico por los vómitos, no hubo nunca apoyo psicológico para ella ni para la familia.

Luego de conocer y enamorarse de una mujer, y ante el deterioro de su matrimonio, el padre de Janeth abandonó su hogar. “Aunque nunca dejó de preocuparse por ella y sus hermanos, cumpliendo con sus obligaciones, la separación la afectó de un modo intenso”, dice la madre, citando una frase que Janeth escribió en su diario: “La separación de mis padres fue el inicio de todas las fatalidades”. Una de estas fatalidades se produjo cuando el profesor de música, luego de acosarla sexualmente por mucho tiempo, terminó por ultrajarla, según la joven contó a su madre y ella al director del colegio. Los padres de familia iniciaron un juicio en el que se presentaron otros casos similares, pero pasados los años, aún no hay sentencia y el profesor está trabajando en otro colegio de prestigio como si nada hubiera ocurrido, es más, hace poco, el director trató de que la madre firme un desistimiento para acabar con el proceso. Ella no sabe a quién recurrir para protegerse de este nuevo acoso.

Cuando la Policía cerró el caso de la muerte de Janeth determinó que se trató de un suicidio por ahorcamiento. Los datos médicos indican lo mismo, agregando asfixia entre las causas que derivaron en el fallecimiento; sin embargo, su primo dio a conocer un hecho relevante que ella le había confiado: estaba embarazada, y poco tiempo antes había sido atacada sexualmente por una pandilla. La madre pidió que realizaran una necropsia, aunque solo sea para retirar al feto y saber quién era el padre. Nadie le hizo caso.

Marcela, Tinguipaya

La mamá es escueta y no desea remover su dolor: “se embarazó y se fue a Potosí a trabajar de empleada doméstica. Dicen que se puso mal y la llevaron al hospital Bracamonte donde la operaron y falleció”.

Marcela tenía 18 años en 2011. Era una joven quechua que sobresalía cuando se trataba de estudiar, trabajar y, sobre todo, divertirse. Su mejor amigo, un joven muy afectado por su muerte, cuenta que siempre tenía una sonrisa en la cara, era la que siempre hablaba en la escuela y se destacaba en todos los deportes; cantaba con mucho placer y talento, era muy simpática y una de las muchachas más bonitas del lugar. Como todas las jóvenes que superaban los 15 años, se entretenía tejiendo sus vestidos para ir de fiesta.

En estas fiestas es cuando suelen formarse parejas, muchas veces en forma definitiva. Si la muchacha no vuelve a casa, lo más probable es que un joven “se la haya llevado” a vivir con él, en casa de sus padres o en una nueva vivienda. Días después, los padres del joven visitan a la familia de la mujer para ir formalizando la unión; a veces, incluso, ya hay embarazo o bebé de por medio. Por seguridad, varias muchachas y también mujeres casadas suelen juntarse para ir y volver a pie a las comunidades. Evitan ir solas porque se han producido muchos ataques en el campo abierto. Una de las amigas de Marcela cuenta que hace poco un grupo de chicas se encontró con los integrantes de un equipo de fútbol, todos en estado de ebriedad, que las atacaron y violaron. “Igual solteras que casadas, no tuvieron miramientos. Al volver decidieron no contar a sus familiares ni a sus esposos, por miedo a las represalias”.

“Es muy fuerte el machismo por aquí, se nota incluso en los juegos de los niños, en la misma escuela las empujan y golpean sin motivo, alardeando de su fuerza y burlándose de cualquier

cosa. Algunas niñas son muy tímidas y prefieren abandonar la escuela”, cuenta un profesor de primaria.

Surichata es una pequeña comunidad al centro de varias otras que en conjunto tienen unos 1.200 habitantes. Enclavada en un valle rodeado de empinadas montañas, tiene dos construcciones nuevas: la escuela y el centro de salud, que aún no funciona porque no tiene ningún ítem, es más, el coordinador de la red municipal no sabe de su existencia. Es una de tantas comunidades que poco a poco va disminuyendo de población y los que se quedan, lo hacen “a medias”. En épocas de siembra y cosecha (papa y haba) suelen estar las familias casi completas, pero el resto del año, solo los mayores, los niños y algunas mujeres. El resto se va a trabajar de albañiles, mineros o comerciantes en Potosí.

El esposo de la hermana mayor de Marcela, en algunas épocas del año se quedaba en casa a solas con ella y sus hermanos menores y, aunque por un tiempo intentaron ocultarlo, pronto se notó que estaba embarazada y se descubrió rápidamente que él era el padre. Nadie habla de abuso o violación. Ella tampoco había denunciado acoso y su hermana optó por el silencio, así que la presión sobre Marcela se hizo insostenible y no le quedó más que emigrar a Potosí, con el deseo de abortar, según luego contó un amigo. Ya no volvió. Solo se supo que había muerto en el hospital. Dicen que fue en una cesárea pero el registro médico local de la autopsia verbal, indica “eclampsia y accidente cerebro vascular, con recién nacido muerto antes de los siete días, en incubadora”.

En consejo de autoridades de la comunidad, el cuñado fue juzgado por el delito de tener dos mujeres a su disposición y entregó al suegro un toro como multa por su comportamiento. “Eso es lo que vale aquí una mujer; un toro”, dice una amiga de Marcela.

Tania, Tacobamba - ciudad de Potosí

Un aborto realizado en condiciones precarias, puso fin a la vida de Tania debido a un choque séptico fulminante. Fue en julio de 2011, cuando ella tenía 28 años, según señala la boleta del estudio postcensal y según confirmaron referencias de una vecina cercana. Sin embargo, en una visita a la familia, y tras conversar con las hermanas que viven en la ciudad de Potosí, se estableció que tenía 24 años y que murió por cáncer de matriz, luego de estar internada por cinco meses en el hospital Bracamonte, donde fue sometida a tres operaciones.

Tania vivía en la ciudad de Potosí pero era natural de una comunidad quechua apartada de Tacobamba, donde todavía viven sus padres que tienen una allí una herrería, oficio que combinan con la agricultura de subsistencia y que les proporciona un ingreso adicional. Allí la muchacha estudió hasta el cuarto año de secundaria, pero dejó la escuela muy joven para irse a Argentina a trabajar en la cosecha y luego en una verdulería. Ahí empezó a convivir con un joven paisano con el que tuvo dos hijos, y con quien luego decidieron retornar para asentarse y mejorar sus condiciones de vida en compañía de sus familiares.

Cuando volvieron a Potosí se instalaron en una casa familiar con viviendas múltiples que tenían sus hermanos. Ella era una mujer alegre y sociable que siempre se involucraba con entusiasmo en cualquier emprendimiento que pudiera reportarle mejoras. Sin embargo, su concubino no afron-

taba las dificultades de la misma manera y a su constante mal carácter, con el tiempo se sumaron las agresiones físicas a Tania. Él evitaba cualquier la intervención externa en su matrimonio y no permitía injerencia en las peleas con su compañera; cerraba la puerta por dentro para que nadie ingrese cuando sostenían bulliciosas confrontaciones. Un día, por la rendija de la puerta pudieron ver que la golpeaba a patadas cuando estaba tendida en el suelo. Llamaron a la Policía y presentaron una denuncia, que finalmente quedó en nada por desistimiento de la mujer.

Cuando fue llevada al hospital por dolores que no le permitían ni siquiera caminar, fue internada de inmediato y sometida a una serie de estudios, luego de los cuales le diagnosticaron cáncer avanzado, con metástasis generalizada. Una de las hermanas dice que usaba T de cobre, por lo que no pudo haber estado embarazada.

Rosario, ciudad de Potosí

Luego de un parto complicado con retención de placenta, a Rosario le sobrevino una hemorragia seguida de un choque hipovolémico que le causó la muerte en marzo de 2011, a sus 22 años. La bebé nació sin problemas y la esposa de su hermano mayor se quedó con ella, aunque el padre ha tratado de llevársela varias veces a vivir con él y su nueva esposa.

La cuñada, que vive en el segundo piso de una casa a medio construir en las afueras de la ciudad de Potosí, informa que Rosario concluyó la primaria y luego se dedicó a las labores domésticas y económicas de la familia tanto en su pueblo, como en Potosí, hasta que se conoció con quien sería su esposo y se estableció definitivamente en la ciudad. Un día Rosario fue a su pueblo natal, sola, y resentida con su esposo que le había golpeado cuando le reclamó por su larga ausencia en su comunidad a donde fue a festejar en los días previos al carnaval con sus parientes y amigos. Borracho, trancó la puerta de su habitación para evitar el ingreso de los familiares que vivían con ellos y la pegó en todo el cuerpo sin tener en cuenta que estaba con un embarazo avanzado.

Apenas recuperada, aún con los moretones y dolores intensos, sin haber recibido ninguna atención médica que sus familiares aconsejaban, partió a su comunidad diciendo que iría por las fiestas a ver a sus padres y que volvería inmediatamente. A regañadientes había aceptado al principio de su embarazo realizarse un control en la clínica del CIES. Era muy tímida, no hablaba mucho, no salía de la casa si no era necesario, no tenía amigas, no se hacía sentir: “Viajó un sábado y quería volver el miércoles, pero no pudo porque no había transporte”, cuenta su hermana.

Fue en su pueblo donde empezó a sentir los dolores de parto y salió caminando hasta el cruce con la carretera a Potosí, a una hora y media de distancia, donde esperaba encontrar un vehículo público; pero tras varias horas en las que no pasó nadie y al ver que empezaba a llover se refugió en una cueva. No pudo aguantar mucho tiempo por los dolores cada vez más fuertes y en plena lluvia volvió caminando a su comunidad, donde llegó de noche, para ser atendida por el partero, un tío suyo.

La bebé nació cerca de las 4:00 am, pero Rosario no pudo expulsar la placenta y falleció en medio de un charco de sangre pasadas las 11:00, antes de que lleguen sus familiares de Potosí. Su esposo y su cuñada llevaron el cuerpo a Potosí donde la enterraron. El esposo se encargó de todas las

gestiones para el funeral y la misa de nueve días. Después de la misa de un mes tuvo un altercado con la cuñada y el hermano de la difunta por una foto, la misma que usaron ampliada en el velorio. Con los efectos del alcohol se dijeron muchas cosas, la cuñada le acusó de ser el culpable de la muerte de Rosario por haberla golpeado, y el viudo reaccionó con violencia. Otros familiares tuvieron que recurrir a la Policía, que los obligó a firmar un acta de respeto mutuo, sin mencionar la situación de la recién nacida.

El viudo se fue a vivir en otro lugar, dejando a su hija con la cuñada por más de un año. Se volvió a casar y ya tiene otros dos hijos. “A veces busca a la niña y se la lleva por algunos fines de semana. No le tiene cariño ni ha cumplido como padre, a veces le trae ropa y alguna cosita, pero nada más. Apenas hablamos, solo para saber a qué hora la va a traer”, cuenta la cuñada. “Ha mencionado que quiere llevársela a vivir con él pero la niña no quiere, dice que su madrastra la maltrata”.



Trópico de Cochabamba, vivienda urbana sin servicios

8. CONDICIONES DE VIDA, CULTURA, MIGRACIÓN Y MEDIO AMBIENTE

En esta sección se indaga sobre aspectos importantes de las formas de vida en comunidad, el peso de sus tradiciones y sus esperanzas de futuro a partir de los casos investigados en cada una de las regiones de referencia. Se incluyen aspectos referidos al medio ambiente y a la geografía, con sus secuelas de desastres –no tan casuales– como las sequías, las inundaciones, los climas extremos y las enfermedades. Y, en medio, la precariedad de las economías agropecuarias que obligan a migrar hacia otros suelos, sin dejar de mencionar la vida itinerante y sus riesgos inherentes que tuvieron muchas de estas mujeres.

8.1. Trópico de Cochabamba

Son comunes las viviendas de madera –en realidad tablas rústicas poco procesadas– con pisos de tierra y techos de paja o calamina, especialmente en las zonas periféricas de las ciudades más importantes del trópico, en los pequeños poblados y principalmente en los chacos. En las zonas rurales del valle de la región predominan las construcciones de adobe con cocinas a leña y baños generalmente a la intemperie. Todas las mujeres muertas en 2011 en circunstancias ligadas al embarazo, moraban en ese tipo de viviendas, a excepción de una maestra que murió de cáncer y de una niña criada por sus tíos en condición de servidumbre, y que terminó suicidándose.

El máximo nivel de instrucción alcanzado por estas mujeres fue casi siempre alguno de los grados de primaria, y no pocas carecían totalmente de educación formal. La mayoría completaba sus labores domésticas (cocina, limpieza, lavado de ropa y otros) con faenas agrícolas, especialmente en la producción y cuidado de la hoja de coca, u otros productos como la yuca y cítricos, o la venta de alimentos; solo una era obrera de una fábrica de palmitos y otra maestra de una escuela rural. La mayoría siguió desarrollando sus actividades cotidianas hasta el mismo día o día anterior a su muerte, aún en los casos en las que fueron advertidas de riesgos y complicaciones en sus embarazos. Las que sobrevivieron al parto no se permitieron ningún descanso posterior.

Hubo dos muertes en los valles, donde el clima es más benigno pero las tierras tienen rendimientos decrecientes y no abastecen las necesidades de las familias; tres en los altos de los yungas del Chapare, donde llueve siempre, la producción agrícola es atractiva, pero todos están expuestos a los efectos de la humedad extrema. El resto corresponde al trópico propiamente dicho, con elevadas temperaturas casi siempre e inundaciones y lluvias torrenciales en prolongados veranos. Pese a la relativa cercanía con la carretera principal de la mayoría de las comunidades y barrios, los caminos vecinales suelen interrumpirse con demasiada frecuencia y encontrar transporte es

una tarea que puede demandar varias horas e incluso días. Los accidentes viales son casi diarios, muchas veces con saldos trágicos.

La economía informal predominante y su escasa distinción con las actividades ilícitas han creado un clima de inseguridad constante, de silencio colectivo y de tolerancia a la violencia casi como un tributo al empleo y la vida. Organizaciones sindicales y, en algunas áreas, vecinales conservan cierto control sobre los recursos comunitarios e incluso municipales, pero no se destacan precisamente por su defensa de la salud. Las instancias de justicia y seguridad son prácticamente nulas en el procesamiento de demandas individuales.

En casi todos los casos de muertes maternas existe una historia de migración, muchas veces reciente, que es un fenómeno que expone a las mujeres a un alto riesgo, precisamente por el impacto del clima, una alimentación improvisada y deficiente, una convivencia forzada con insectos y animales dañinos, una separación parcial o completa con las redes familiares de origen y, sobre todo, un desconocimiento general de las condiciones de protección social del Estado.

Todas las mujeres muertas eran de origen indígena, quechua, aymara y mojeño. La mayoría era bilingüe y mantenía parte de sus referentes culturales con sus poblaciones indígenas, incluyendo los relacionados con la maternidad y la atención del parto, por lo que siempre hubo antecedentes de desconfianza y temor al personal de salud dado que su labor está poco arraigada con las necesidades culturales de las familias. La recurrencia a medicamentos caseros, parteras y médicos tradicionales revela la persistencia de conocimientos y prácticas populares y ancestrales que son parte de la vida cotidiana de las familias, aunque los asentamientos del trópico no siempre han logrado mantener vigentes esos sistemas y tampoco han conseguido introducirse plenamente en los cuidados médicos formales. En dos de las muertes analizadas figuran consultas y demoras atribuibles a la mayor confianza en los médicos tradicionales, incluyendo viajes a distancia. La identificación y el registro de médicos y parteras tradicionales es aún incipiente y son pocas las actividades conjuntas o compartidas que realizan con el personal de salud.

En muchos casos los familiares no recibieron ningún tipo de explicación sobre el estado de las pacientes, o no la entendieron. Existe poca disposición del personal para la asesoría en temas de anticoncepción y atención integral, y mucho menos en casos de violencia donde se prefiere evitar conflictos y represalias.

Reportes, entrevistas y testimonios confirman situaciones de maltrato y discriminación que pueden tener la forma de simple menosprecio del conocimiento ajeno, reproches irrespetuosos por descuidos y problemas personales, negación de información a familiares, atención superficial a los pacientes, apatía frente al dolor y actitudes intolerantes, lo que genera desconfianza, recelo y temor sobre la práctica médica. A una de las mujeres la enviaron a su casa poco antes de que sufriera el cuadro hemorrágico que le causó la muerte, a otra la detuvieron por varias horas sin atención y en otro caso, se enfrentaron con los familiares por desacuerdos.

Nancy, Colomi

Nancy tenía 19 años el momento de su muerte en 2011. Vivía en un pueblo quechua que bordea el lago de Corani, en el municipio de Colomi, al lado de un camino empedrado e irregular, como a

tres cuadras de la plaza principal y cuatro del puesto de salud que entonces estaba bajo el cuidado de una auxiliar de enfermería que nunca escuchó del caso (ahora es un centro con consultorios y salas bien equipado, construido por una organización no gubernamental religiosa, con vivienda para el personal –dos médicos y dos enfermeras– y ambulancia).

La joven llevaba entonces un embarazo de seis semanas; era su segundo hijo de una segunda relación. El parte médico reporta fallecimiento por choque séptico y pancreatitis aguda por aborto incompleto.

Ahora, el primer y único hijo de Nancy vive con sus abuelos maternos, que son vecinos y amigos de los abuelos paternos. Vive también con sus tíos maternos, que no son mucho mayores. Cuando nació, su padre apenas tenía 16 años y Nancy 15. Nunca vivieron juntos y poco después, como muchos jóvenes de la comunidad, él emigró a Santa Cruz a trabajar y se quedó allí. Sus padres alguna vez ayudan con alimentos o productos agrícolas a la crianza del niño. Ambas abuelas solo hablan quechua y son, con sus esposos, agricultores en sus chacos, aunque también viajan frecuentemente al trópico a trabajar en la cosecha de la hoja de coca para completar sus ingresos ya que su producción apenas supera en poco el autoconsumo.

Según una vecina, el embarazo en la adolescencia de Nancy se debió a que sus padres se ausentaban con mucha frecuencia, por semanas enteras, dejándola al cuidado de sus dos hermanos menores y a cargo de todo. Dejó de estudiar a los 13 años “porque en el campo no les gusta hacer tareas”, dice su madre, pero los vecinos saben que los niños dejan de estudiar por las tempranas obligaciones a las que son sometidos por necesidad. Incluso, cuando los padres se ausentan y dejan solos a los niños en sus casas amarran a sus perros en sus puertas para darles cierta seguridad. Nancy era tímida, con muy pocas amistades, cuando fue conquistada por el hijo del vecino. Una vecina dice que esto es normal, especialmente porque “las niñas que no se controlan aparecen con enamorados muy rápido”. Cuando nació el niño era uno más de la familia y ella lo cuidaba al igual que a sus hermanos, además de apoyar el trabajo agrícola de sus padres (haba, papa, oca y papalisa) en una pequeña parcela.

El segundo embarazo se produjo en una relación aparentemente más seria, pero en el fondo más desigual; ella ya tenía un hijo y eso, en su contexto social, significa estar en condiciones de desventaja, como cargando una culpa. Su nueva pareja estaba a cargo de un chaco de coca en Ivirgarzama, lo que según algunos vecinos le daba la falsa autoridad de tenerla como si fuera su propiedad y tratarla mal. Durante la fiesta de Urkupiña de ese año, en estado de ebriedad, habría golpeado a Nancy por celos y ya no volvió con ella a la comunidad, se fue directo al trópico. Estaba embarazada desde hacía dos semanas y ni siquiera ella lo sabía.

Con moretones y magulladuras en la espalda y muslos estuvo cerca de dos semanas desganada y deprimida, con dolores y fiebre que sus padres atribuyeron a la golpiza, de modo que cuando se percataron que tenía hemorragia vaginal y que sus dolores se hicieron muy intensos, con náuseas, vómitos y fiebre tomaron la decisión de encarar al joven para que se haga cargo de la situación, sin saber aún del embarazo. La llevaron en ese estado a Ivirgarzama –a cuatro horas de viaje–, encontraron al joven y fueron con él a un centro de salud privado en Sacaba, donde se enteraron que se había iniciado un aborto que no terminó de producirse.

Lo que se sabe es que el proceso se presentó con síntomas comunes: dolor de cabeza, fiebre, dolor abdominal y debilidad general que se fueron intensificando en el curso de dos semanas. En el hospital les informaron de la pérdida de un embarazo de seis semanas de gestación y que necesitaba una cirugía de urgencia. Firmado el consentimiento, se le practicó una operación para retirar los restos, pero falleció a las pocas horas en el mismo hospital, con el diagnóstico de endometritis, abdomen agudo y restos placentarios por aborto incompleto. Los expertos creen que con ese cuadro se debería haber empleado terapia intensiva y antibioterapia que el hospital no tenía la capacidad de proporcionar.

Adriana, Villa Tunari

Adriana, una joven quechua de 14 años, estudiante y residente en una comunidad, cercana a Villa Tunari, sobre la carretera a Santa Cruz, ingirió un volumen indefinido de herbicida luego de una violenta disputa familiar, a mediados de 2011.

Al percatarse del hecho por los vómitos y las contracciones de dolor abdominal, sus padres la condujeron al hospital de Villa Tunari donde fue sometida a un tratamiento que no le reportó ninguna mejoría, por lo que se ordenó su referencia a Cochabamba, donde la llevaron a una clínica privada de prestigio, pero allí tampoco presentó mejoría y la familia solicitó su alta para llevarla a casa, donde padeció dificultades respiratorias, tos y expectoración amarillenta por una semana. La volvieron a llevar a Cochabamba, esta vez al hospital de tercer nivel de referencia, donde falleció por paro cardiorrespiratorio a las pocas horas de su internación, “como la mayoría de las personas que intentan suicidarse por envenenamiento con herbicidas, de muy fácil acceso en esta región”, dice uno de los médicos consultados. Falleció con un cuadro severo de fibrosis. Según el reporte médico, los estudios de rutina revelaron que tenía un embarazo de tres semanas; nadie sabe si la niña conocía esa circunstancia, pero se asumió que ese fue el factor que le indujo a la decisión de suicidarse, seguramente por temor a la reacción de sus padres.

Sin embargo, en la comunidad existe otra versión de los hechos. Los que se presentaron como padres de la niña en todas las instancias médicas y en las indagaciones posteriores, no serían sus padres biológicos y son conocidos por el trato abusivo y violento que le otorgaban a diario. Cuentan que causaba lástima verla demacrada, mal vestida, mal alimentada y muy cansada cuando asistía a la escuela, en contraste con la prosperidad visible de los supuestos padres, dueños de la casa más grande del pueblo, de cuatro pisos, con cuatro almacenes propios justo en la parte central del poblado y con una bodega grande con varios autos y un tractor.

Muchos vecinos coinciden en esta historia que no trascendió al sistema de salud. En realidad, como se pudo verificar, los padres biológicos de la niña son el hermano de quien figura como su padre y, casualmente, la hermana de quien figura como su madre; es decir, la niña había sido entregada a sus tíos por considerar que con ellos llegaría a tener una vida mucho mejor que la que sus padres podrían ofrecerle, aprovechando el hecho de que los únicos “ricos” de ambas familias no podían tener hijos propios. “Ahora, están criando a otro niño pequeño, que no se sabe de quién es realmente”, dice una vecina. Los verdaderos padres viven en la misma comunidad pero en condiciones muy diferentes y en una zona muy apartada. Extrañamente, fueron testigos pasivos del régimen de servidumbre y maltrato al que fue sometida desde muy pequeña su hija; Incluso,

estuvieron presentes cuando fue torpemente castigada en la última reunión familiar. Ahora eluden cualquier conversación sobre el tema.

Algunas vecinas saben que el motivo de la aireada recriminación y del castigo físico, que dio lugar al suicidio, fue que la niña había huido de la casa y permanecido oculta durante un mes. El padre adoptivo puso todos sus recursos disponibles para encontrarla, hasta dar con ella en Santa Cruz, ciudad a la que había llegado, de algún modo, en compañía de su enamorado un año mayor que ella.

Celia, Villa Tunari

Celia tenía 18 años y vivía en una de las comunidades quechuas más apartadas de un camino secundario que se desprende de la carretera a Santa Cruz, por la región alta del Chapare. Tuvo un bebé apenas tres semanas antes de morir en un accidente de tránsito.

Murió de traumatismo múltiple, dice el reporte médico, y su hermano afirma que fue una muerte instantánea porque la camioneta en la que viajaba como pasajera con rumbo a Colomi, se embarrancó y la aplastó con su carrocería cargada de productos. Según se supo después, el chofer del vehículo quiso sortear un promontorio de tierra depositado en medio camino por empleados del municipio que limpiaban con un tractor los escombros de los deslizamientos. La espesa vegetación impidió que el motorizado cayera muy lejos, por lo que muchos de los pasajeros se salvaron, excepto cinco que murieron en el acto, como recuerdan las cinco cruces colocadas al borde del camino, con los nombres de cada uno.

La camioneta salió esa mañana a las 6:00 am junto a otras movilidades. Los comunarios y transportistas acostumbrar a viajar en caravana para ayudarse ante cualquier eventualidad, como en este caso, rescatando a los heridos para conducirlos al hospital y llevando a los muertos de vuelta al pueblo para su entierro. Nadie pensó en llamar a la ambulancia de Corani, aunque tampoco hay señal de celular para pedir ayuda a otros hospitales.

En esa época, el centro de salud de la comunidad no contaba con un médico de planta ni enfermera como ahora. Celia vivía con su concubino, en un ambiente adaptado en la casa de su madre. El joven, también oriundo de la comunidad, dejó que el recién nacido se quede a cargo de su suegra, tal vez para siempre. Al principio, cuando decidió volver con su familia, reclamó a la criatura pero “mi madre no dejó que se lo llevara”, dice el cuñado, agregando alguna información sobre la difunta: “era una muchacha alegre y divertida, pero se loqueó muy joven; hay una edad en que las hormonas no se pueden controlar...” y dejó los estudios (cuarto de secundaria) para empezar a construir su familia. Esa mañana dejó a su bebé en casa y viajó a Colomi “a comprarse unos vestidos y otras cosas para la fiesta de carnaval”. Fue una muerte materna accidental, dicen los médicos.

El joven con el que convivía era entonces agricultor, empleado y chofer, de acuerdo a las circunstancias. Ya tiene otra mujer y otros niños, pero no intentó quedarse con la custodia de la hija que tuvo Celia. Paga pensiones regularmente pero ya no puede verla muy seguido. La suegra fue a vivir a Villazón.

Vivían en esa comunidad de los cultivos que dan en las quebradas húmedas, especialmente de locoto y zapallo, dos productos destinados exclusivamente al mercado. Los comunarios también siembran maíz, papa y verduras para el autoconsumo, principalmente. Aunque la producción es satisfactoria, deben enfrentar serias dificultades para transportar sus productos, porque el camino está casi siempre en reparación. Muy seguido ingresan camiones de comerciantes que se compran sembradíos enteros para hacerse cargo del resto del proceso de comercialización, pero también son los propios productores los que suelen llevar sus productos a los mercados. De todos modos, esta comunidad como otras más cercanas vive en un ambiente altamente mercantilizado, donde casi todos tienen maquinaria agrícola, motos, refrigeradores, televisores, cocinas a gas y otros bienes modernos que se acomodan en viviendas o ambientes precarios de madera y pisos de tierra.

Leticia, Villa Tunari

Leticia, una mujer quechua de 25 años, tuvo su quinto hijo a mediados de 2011 en un pueblo cercano al camino de entrada a los yungas del Chapare, a una hora y media de Colomi.

Luego de cursar hasta quinto grado de primaria, empezó muy joven a convivir con su enamorado con quien iniciaron una familia de rápido crecimiento. Su último parto, unos seis meses antes de su muerte, fue atendido por una doctora que en pocos años logró que ya casi nadie tenga partos en domicilio. Ella cuenta que Leticia tuvo un embarazo y parto normales, incluyendo una consejería postparto sobre anticoncepción, dada su multiparidad tan prematura, aunque no sintió que haya causado algún cambio de comportamiento en la familia.

Según las informaciones recabadas, al poco tiempo de empezar a convivir, su compañero perdió el entusiasmo por el trabajo y por la familia, agobiado por las dificultades económicas, y adquirió el hábito del consumo consuetudinario de alcohol. Su cuñado dice que siempre estaba borracho y no ayudaba en nada a su mujer, así que recibía cierto apoyo de su madre y hermanos que también viven en las inmediaciones de la comunidad. Una vecina confirma que Leticia la pasaba realmente mal. “La golpeaba noche tras noche, incluso intervinieron los de la Central Campesina, primero para recriminarle, luego para sancionarle, pero no hacía caso”.

El personal médico del pueblo cuenta que una madrugada Leticia se presentó “con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho”, que clínicamente fue diagnosticado como un problema de la vesícula, probablemente por cálculos biliares, por lo que se le dio un antiespasmódico y se le recomendó dirigirse rápidamente al hospital de Colomi para su evaluación y tratamiento. En el lugar solo estaba la enfermera que en ese entonces no estaba autorizada a llenar la historia clínica. Sin embargo, Leticia volvió a su casa y, seguramente por las difíciles condiciones del transporte, por la cantidad de tareas domésticas que se acumulaban y por la cercanía física y cultural, consultó con el médico tradicional de la zona, quien le dio masajes y emplastos para el dolor, lo que no hizo sino precipitar la evolución del problema y, más tarde, siguiendo sus propios deseos fue trasladada por los familiares hasta Colomi, pero no al hospital, sino a otro conocido médico tradicional, que esta vez reconoció rápidamente que era un padecimiento que no podría resolver. Cuando estaban camino al hospital la peritonitis ya había causado una septicemia generalizada y murió por un choque séptico.

Sus hijos se quedaron a vivir bajo la responsabilidad de su madre y sus hermanos. El padre vendió su chaco y desapareció.

Susana, Villa Tunari

A sus 24 años, Susana ya tenía dos hijas y se encontraba nuevamente embarazada en 2011. Tenía unas 20 semanas de gestación cuando sucedió la tragedia.

A las primeras niñas las tuvo en una comunidad del valle donde la llevó a vivir su esposo, pero donde no pudieron echar raíces: extrañaba a su familia y ansiaba regresar a trabajar en las tierras de los altos yungas del Chapare. Ahí, en la cabecera templada de los yungas, abundan el locoto y el zapallo, productos de buena rentabilidad si el terreno está ubicado convenientemente en declive, para que la lluvia constante no humedezca demasiado la tierra y el agua fluya naturalmente hasta convertirse en arroyos que riegan las planicies donde se instalan las casas alrededor de caminos formados pequeños pueblos de campesinos quechuas.

Como ya casi no es posible producir sin herbicidas ni fertilizantes, la siembra, cosecha y los cuidados suelen ser muy agotadores, pero con más seguridad de un buen rendimiento. Antes era muy difícil transportar las herramientas y la producción de los chacos, pero desde hace algunos años se popularizó la moto para llegar rápidamente a los sembradíos y sacar la producción. Es fácil convertirse en transportista cuando se necesita dinero para algo, aprovechando que el transporte público es muy limitado y que siempre hay personas con productos tratando de conseguir quien los lleve. Todas las tiendas de barrio comercian diésel y gasolina a granel. El problema es que como hasta los niños manejan moto, los accidentes ya son parte cotidiana de la vida en comunidad.

Finalmente, Susana pudo convencer a su esposo de trasladarse a vivir a la casa de adobe que su padre estaba construyendo para ellos en uno de los pueblos que se encuentra al final de un camino vecinal que serpentea una empinada colina con pocas áreas planas. Los vecinos sabían que Susana sufría de muchas privaciones, del maltrato constante al que le sometía su esposo, y por estar lejos de sus padres, familiares y amigos. De hecho, en el poco tiempo que vivieron al retornar a la comunidad, los episodios de violencia familiar se habían reducido, según una vecina y amiga, aunque el padre niega la existencia de ese tipo de conflictos.

La familia de la joven provenía de La Paz, de un municipio aymara altiplánico donde predomina el adobe en las construcciones. El primero en llegar a tierras húmedas y templadas fue su hermano mayor, que luego llevó a su padre, albañil de oficio y agricultor por herencia, y al resto de la familia, deseosa por cambiar de vida. Les gustó la prosperidad de la zona y pronto olvidaron las carencias de su tierra. Sin embargo, según la lógica del padre, las casas tenían que ser de adobe, por lo que la vivienda destinada a Susana estaba siendo construida con ese material, sobre unos cimientos de piedra con un piso bajo la línea del camino. Ya tenía el techo con tejas y las ventanas, solo faltaban los revoques y accesos.

No pasaron más de dos meses desde que Susana y su familia ocuparon la vivienda, cuando las intensas lluvias de febrero humedecieron las paredes desprotegidas y una noche ésta se vino

abajo enterrando a toda la familia. Los comunarios solo pudieron rescatar con vida al esposo, solicitaron la ambulancia de un centro de salud cercano y lo enviaron al hospital donde pudo recuperarse en pocos días de sus golpes, contusiones y heridas.

Pasado un tiempo, en el que el padre volvió a construir una sólida vivienda de adobe, en el mismo lugar, el viudo se fue a la casa de sus padres.

8.2. Norte de Potosí

Las viviendas de la mayoría de las familias de las mujeres fallecidas en esta zona, están localizadas en el campo, en terrenos que también sirven de sembradíos y corrales de animales, y no muy lejos de otras casas, por lo general, de familiares. Muchas cuentan con energía eléctrica, pero el agua llega por piletas externas o vertientes cercanas, fácilmente contaminables. Los pisos de las viviendas, de un cuarto grande multiuso y otro cuarto más pequeño destinado a la cocina, son de tierra aprisionada sobre las que se colocan cueros de animales para dormir junto a productos agrícolas almacenados en montones. Las paredes son de piedra y barro, sin ventanas ni puertas consistentes y los techos de paja y barro. En la puna existen casas más pequeñas casi siempre construidas con piedra y barro, con puertas de menos de un metro de altura. En muchos casos las personas duermen a la intemperie al lado de los corrales cercados por paredes de piedra a objeto de proteger a su ganado de depredadores.

En los pueblos de la puna, las heladas y los vientos gélidos atentan contra la salud de las personas en forma permanente, al igual que contra la producción agrícola y ganadera. Esto sumado a las sequías y al deterioro creciente de la tierra endurece drásticamente las condiciones de vida, de modo que la migración temporal y definitiva es cada vez mayor, y está asociada en el imaginario colectivo como la única posibilidad de superación real. Ningún proyecto de los muchos que se implementan o se implementaron en busca de frenar la salida de gente, tiene la fuerza de esa convicción. De hecho, gran parte de los poblados y comunidades de estas zonas tienen niveles negativos de crecimiento demográfico. Casi todas las escuelas reportan pérdida de estudiantes cada año y solo se mantienen los hijos de padres mayores o de los que están bajo el cuidado de los abuelos. Es muy poco común encontrar personas jóvenes en edad laboral.

Ninguna de las mujeres investigadas tuvo un nivel de instrucción mediano, la mayoría asistió a la escuela hasta segundo o tercero de primaria para abandonar luego cualquier tipo de práctica de lectoescritura elemental. Es común que a determinada edad sus padres las saquen del colegio para que contribuyan en las tareas domésticas y productivas; aun así, la escuela es el espacio de creación de vínculos sociales más importante para las mujeres. De allí salen las amistades y las relaciones que suelen terminar en uniones conyugales con el correr del tiempo.

En algunos casos, las mujeres se vieron en la necesidad de viajar a otras zonas para acompañar a sus familiares en la búsqueda de ingresos complementarios; generalmente fue hacia centros comerciales y mineros de la región o hacia lugares más distantes en Cochabamba, Santa Cruz o incluso Argentina. El tráfico de substancias controladas o el comercio informal fueron también factores involucrados en la incertidumbre que caracterizó la vida de estas familias.

La vida comunitaria en estas zonas de producción agropecuaria limitada, básicamente destinada a la subsistencia, está frecuentemente a cargo de personas mayores, incluso ya no aptas para el cuidado y la educación de los nietos; gente que tiene muy poco conocimiento de otras realidades y mantiene nociones culturales muchas veces incompatibles con cualquier emprendimiento del Estado o de las organizaciones no gubernamentales en materia de salud, y esto pese a que se han experimentado numerosas iniciativas de adecuación intercultural y la mayoría del personal de salud habla quechua y en menor medida aymara.

Una de las razones de la persistencia de la confrontación cultural de la población con los servicios de salud se basa en la pérdida creciente de practicantes de los antiguos saberes médicos ancestrales. Solo en dos casos se ha detectado la participación de médicos tradicionales en la atención de las mujeres durante la manifestación de sus complicaciones y en ambos se declararon incapaces de resolver las emergencias.

Celia, Colquechaca

Celia era una joven quechua de 26 años que nunca había estudiado y que en 2011 esperaba a su cuarto hijo. Su esposo era un agricultor que tuvo que emigrar a Oruro para trabajar de albañil en busca de lograr recursos para al menos satisfacer las necesidades más elementales de su creciente familia.

Sola y con muchas responsabilidades, la joven descuidó su salud y olvidó que su embarazo de riesgo necesitaba una atención especial. Sus familiares y conocidos dicen que tenía cansancio y malestares crónicos. Afirman que se llevaba bien con el esposo, pero que en su ausencia se ponía triste por todo y por nada, no admitió recomendaciones para cuidarse: menor esfuerzo físico y buena alimentación. El auxiliar del centro médico está seguro de que Celia sufría una fuerte depresión.

Una noche, tras sentir los dolores habituales, dio a luz, como ya era rutina en la familia, solo en compañía de su esposo. Pero el parto se complicó, pues no pudo expulsar la placenta por más esfuerzos que hizo y pese a que le dieron infusiones de hierbas y masajes. Aunque se cree que su esposo y familiares entendieron la gravedad del asunto, las casi tres horas de distancia del pueblo, sin la certeza de encontrar ayuda profesional, y la creencia de que hay que morir en tierra propia, les desanimaron a ir en busca de ayuda. Así, el trágico final fue inevitable.

Las familias de esta zona viven merced a sus cultivos de papa, maíz y cebada y la crianza de ovejas y llamas. Cada vez se cosecha menos haba y arveja porque el agua de las montañas va disminuyendo año tras año. Por otro lado, las heladas son muy habituales y es motivo de gran alegría cuando el tiempo favorece los cultivos y queda algún excedente que puede ser comercializado en la feria semanal de Bomborri, donde se puede adquirir fideo, arroz, verduras y frutas.

En la época en que murió Celia en el caserío no había ni agua ni luz; ahora tienen ambos servicios, además de personal de salud y mejor acceso caminero. Tienen también una partera que coordina con el personal de salud de una manera eficaz, pero para el parto de Celia no pudo ser ubicada. Años después de su muerte, toda su familia emigró.

María, San Pedro de Buena Vista

María murió en el parto y su bebé le sobrevivió. Más tarde su hermana mayor se lo llevó a Santa Cruz donde emigró por trabajo. El viudo quedó solo a cargo de la familia; tiene hijos mayores en Santa Cruz y en el Chapare a los que visita con alguna frecuencia y lo apoyan con recursos para la compra de víveres y el pago de algunas obligaciones. Él sigue viviendo en su chaco, en un par de habitaciones de tierra y piedra que no pasan de metro y medio de altura, con un pequeño patio, en medio de un cerro al que, después de un tramo en vehículo, solo se puede llegar a pie.

Se conocieron con María cuando eran niños. Ella nació en una comunidad vecina y fue a la escuela hasta segundo de primaria cuando tuvo que ocuparse de cuidar a sus hermanos menores, por la muerte de su madre. Se casaron cuando ella tenía 18 años y él 20, y tuvieron una vida normal por 20 años, hasta que María murió a sus 38 años, luego de alumbrar a su séptimo hijo. Su esposo cuenta que era una mujer alegre y sociable. “Siempre se quedaba hablando con las vecinas y amigas, organizando actividades y reuniones. Era sana, nunca se enfermaba, no se quejaba de nada”. Juntos trabajaban y tomaban las decisiones familiares, sin discusiones ni violencia.

Solo dos de los niños viven ahora con su padre, una joven de 14 años y otro de 9, ambos van a la escuela a pie porque no les alcanza el dinero para pagar el internado. En su terreno produce maíz, papa, trigo y tarwi, que es lo que consumen regularmente. Como ya no tiene quien se ocupe de las ovejas, se ha juntado con otros comunarios para turnarse el pastoreo y, también va a sembrar y cosechar a la comunidad de su difunta esposa, en la parte que le tocaba.

María tuvo sus siete partos en domicilio, como es costumbre en el lugar. Nunca se hizo ver con personal de salud porque decía que las desvestían y avergonzaban sin motivo. Aceptó las vacunas para sus hijos varones pero no de las cuatro mujeres. Su esposo aprendió a atender sus partos, y le daba infusiones con aceite, molle, retamas y ulupica (porque hay la creencia de que el picante apura el parto). Después de cada parto ella tenía que estar una semana sin tocar agua, sin cocinar y sin salir al sol. No daba el pecho el primer día y bañaban al bebé con agua fría para que sea resistente.

A las ocho de una noche, cuando ya tenía el embarazo a término, empezó el trabajo de parto. Estaba muy oscuro y no tenían linterna para ir en busca del auxiliar de salud. Como a las 10 dio a luz, pero la placenta no pudo salir en toda la noche. El esposo y su suegro hicieron humear pelo de chivo y hervir suela para ahuyentar a los espíritus del cerro para que no se la lleven y le dieron mates para calmar el dolor. Finalmente, él fue a buscar ayuda al amanecer. Cuando volvió, la encontró muerta.

8.3. Centro de Potosí

En las áreas mineras consideradas en la investigación son pocas las familias con economía estable, y aun en esos casos dependen de labores agrícolas, de modo que las mujeres aún en estado de embarazo, viajan constantemente pese al riesgo de exponerse a accidentes y a la falta de ayuda profesional.

Las esposas o compañeras de mineros encabezan familias en las que la figura del padre es episódica de día y de abandono los fines de semana, de modo que ellas son responsables casi exclusivas de las tareas del hogar y la crianza de los hijos. Prácticamente todas las incluidas en este estudio eran mujeres de origen quechua, migrantes, con pocos estudios formales y muy vinculadas con formas religiosas tradicionales que condicionaban sus derechos y posibilidades de una mejor calidad de vida.

Norma, Agua de Castilla - Porco

Norma tuvo a su bebé cuando tenía 18 años, a inicios de 2011. La Navidad de ese año, viajaba con algunos familiares a Potosí para pasar allí las fiestas, pero poco antes de llegar el vehículo se accidentó, porque el conductor estaba en estado de ebriedad. Ella murió instantáneamente por trauma craneo encefálico expuesto, y su bebé sobrevivió.

Vivía en uno de los dos pueblos situados al borde de la montaña en la que una empresa minera muy importante (Illapa), explota grandes cantidades de plomo, plata, zinc, estaño y otros que comercializa en el mercado nacional e internacional. Las fluctuaciones de los precios y las características de la actividad minera marcan todas las pulsaciones económicas, sociales y culturales de las comunidades. De un día al otro puede cambiar todo, incluso la cantidad de población, por la baja de precios de los minerales. Pocos tienen asegurada su situación, pero hay una base demográfica estable que aún se aferra al colchón agrícola de sus empobrecidas tierras en los ayllus circundantes. En estas zonas también se puede notar una gran dispersión de las relaciones económicas; todos tienen algo que ver con las minas, algunos comunarios trabajan por temporadas en sus tierras con papa, cebolla, haba y otros cultivos para el consumo familiar, incluso contratan agricultores de otras zonas más pobres del departamento, pero en determinado momento, siempre terminan en labores de la minería que suele ofrecer buenas pagas. La empresa privada ofrece a sus trabajadores asalariados beneficios sociales, no así las cooperativas que solo asegura a sus socios.

En Agua de Castilla la empresa tiene un hospital y la Caja Nacional de Salud atiende a los socios aportantes en su propia clínica. También existe un pequeño hospital del municipio para el resto de las personas, con médicos, enfermeras y auxiliares que se turnan para atender las 24 horas. Hay dos choferes que viven en el mismo establecimiento junto con parte del personal. Es habitual ver en sus registros atenciones aisladas, pues mucha gente emigra, y otras tantas, llegan solo por temporadas.

La familia de Norma es parte de la población permanente y está involucrada en la minería, pero también en el transporte y el comercio. Su hermana tiene un frial en Porco, donde ahora vive el viudo con su anciana madre. El alejamiento de la familia de Norma no fue fácil, pues ellos nunca estuvieron de acuerdo con la relación, y todavía acusan al joven de descuido, irresponsabilidad y maltrato, no solo hacia Norma, sino también del bebé al que, según cuenta otra hermana, no pueden ver frecuentemente y de quien se compadecen porque lo ven descuidado.

Sobre las circunstancias de la muerte de Norma, el personal de salud admite que en la zona son comunes el alcoholismo, la conducción de vehículos en estado de ebriedad, la violencia familiar y el abandono del hogar; y confiesan que son problemas en los que no pueden intervenir.

La enfermera que conoce de cerca a la familia de Norma comenta que cuando intentan intervenir en algún caso, los pobladores los amenazan por “excederse en sus atribuciones”. Los sindicatos son muy poderosos y pueden lograr el despido del personal en pocos días o ejercer presiones más violentas, y no solo al personal de salud. Se pudo constatar que el policía de la tranca, situada a la salida del pueblo, se ha visto también impedido de sancionar o evitar que personas ebrias manejen. Dice que todos los viernes los mineros empiezan tomando cerveza en las minas en sus ofrendas al “tío de la mina” y este ambiente de fiesta suele extenderse todo el fin de semana y más, dentro o fuera del municipio, incluso con viajes a Potosí, en una carretera en la que son habituales los accidentes.

Como en gran parte del poblado, los ingresos de su familia fueron suficientes para que Norma y sus hermanos cursen toda la escolaridad primaria y secundaria sin mayores privaciones. Tenía muchas expectativas respecto a su profesionalización, en Potosí o Sucre, sin embargo, se enamoró y contra la voluntad de sus padres empezó a formar su propia familia. Poco tiempo después se embarazó, fue disciplinada en sus controles prenatales y su parto fue atendido sin inconvenientes en la Caja Nacional de Salud.

Carola, ciudad de Potosí

Carola, de 35 años, natural de Tinguipaya, vivía en un barrio periférico de la ciudad de Potosí con su esposo y sus cinco hijos, el último de apenas un año. Como es común en las mujeres de su condición, migrante con solo estudios de primaria e incorporada desde muy joven a las actividades productivas y comerciales, nunca siquiera consideró la planificación familiar. Así, en 2011 se embarazó por sexta vez. Nunca supo lo que eran los controles prenatales y todos sus partos fueron en domicilio; así también, en ningún embarazo tuvo algún cuidado extra.

Un día ella y su esposo emprendieron viaje a su pueblo en Tinguipaya donde eran requeridos en las actividades agrícolas. Es un viaje relativamente cómodo mientras se circula por la carretera a Oruro, pero luego de un desvío los caminos son muy accidentados por los precipicios e irregularidades. El vehículo en el que viajaban se accidentó y Carola sufrió una fractura en la parte superior de la columna y otra en el cráneo. Los vecinos que se aproximaron al lugar del siniestro la enviaron de regreso a Potosí, donde llegó varias horas después sin signos vitales. En el hospital Bracamonte, donde nunca se enteraron que estaba embarazada, certificaron su muerte por “politraumatismo por accidente de tránsito”. El esposo no quiere hablar del tema con nadie y los vecinos informaron lo poco que sabían. Ahora sus hijos se cuidan entre ellos y se encargan de todos los quehaceres.

Ester, Huayco Mayu - Tinguipaya

Mujer quechua de 32 años, Ester murió cuando estaba cursando el cuarto mes de su primer embarazo y fue alcanzada por un rayo.

Recién casada, vivía en una casa de una sola habitación y una pequeña construcción adicional a modo de cocina, todo de piedra, barro y paja, en medio de un cerro en cuya cúspide se encuentra el pueblo de Huayco Mayu, de muy difícil acceso, que cuenta con un centro de salud

desproporcionadamente grande atendido solo por una auxiliar de enfermería que vive en uno de sus ambientes destinados al personal de salud en el mismo terreno. Es un lugar árido, frío y ventoso, con construcciones muy precarias, –muchas de las cuales están abandonadas o a medio construir–, junto a sus pequeñas parcelas agrícolas muy pobres.

“Aquí lo único que se puede hacer es la agricultura, aunque solo es para el consumo de la familia, por eso no hay jóvenes en estos ayllus, la gente tiene que ganar plata de cualquier forma en Potosí o en otras ciudades. Los jóvenes que nos quedamos es porque tenemos que cumplir obligaciones de autoridades. Por turnos nos toca, cada año y a veces en diferentes funciones, para negociar con el municipio proyectos y tareas comunales, como el agua, caminos, etc. Muchos temas de justicia también se arreglan con las autoridades de los ayllus, como las peleas de borrachos o las golpizas a las mujeres y niños”, cuenta un joven líder comunitario.

Ester y su pareja tenían una pequeña parcela y unos pocos animales. Por épocas, él salía a trabajar en Potosí de ayudante en construcción o algún otro oficio que le permita ganar dinero para comprar algunos víveres. Ninguno de los dos concluyó la primaria en la unidad educativa del pueblo, un poco por la distancia otro poco porque siempre tenían algo que hacer. El día que cayó el rayo él estaba en Potosí.

Ella era la encargada de la preparación de la comida (papa, chuño, tostado, trigo y alguna vez carne), del pastoreo del ganado y de los cuidados de la vivienda. Se había organizado como todos los días para salir temprano a hacer pastear a las pocas llamas que tenían. Estaba muy cerca de su vivienda, cuando empezó a llover y granizar. En estas altas montañas las lluvias son muy copiosas y las descargas eléctricas son seguidas y suenan con tanta fuerza que se escucha como si fueran explosiones cercanas que iluminan por momentos los cerros como si fuera de día. A nadie extraña la caída de rayos. Un vecino dice: “es suerte, cae en las viviendas, en el patio, en el corral, en la parcela, en los postes de luz, en los árboles, en cualquier parte”. Otro vecino cuenta que el rayo no le llegó del todo a Ester, “no se quemó, simplemente cayó muerta sin ninguna herida, como en otros casos”.

Una vecina dice que casi siempre las personas que sobreviven a los rayos quedan con alguna discapacidad; hay muchos cojos, mancos, ciegos o sordos en el pueblo por esa causa. “Las personas cambian, se vuelven malos, no es como dicen que se vuelven sanadores, curanderos, a veces se quema toda la casa, otras veces solo deja marca como zigzag en las paredes. Es el destino”, comenta un amigo de la joven.

El viudo volvió a casarse y vive en Potosí, solo vuelve cuando debe sembrar sus tierras y cumplir con las obligaciones comunales. Ni las autoridades comunitarias ni las municipales de estas 25 comunidades, de 40 a 60 familias cada una, tienen planes para proveerse de pararrayos u otras alternativas para hacer frente a las frecuentes descargas eléctricas que sacuden a esta zona.



Centro de Potosí, Vestimenta, tejidos y el juego de la rueda

9. A MANERA DE CONCLUSIÓN

En las regiones en que tuvo lugar este estudio (trópico de Cochabamba, norte y centro de Potosí), las muertes de mujeres relacionadas con la maternidad fueron causadas principalmente por hemorragias y, en menor medida, por enfermedades hipertensivas e infecciones. La mayoría vivía en lugares de difícil acceso y al momento de sus partos o complicaciones, sorprendieron a las familias desprevenidas o concentradas en tareas cotidianas; es más, las mismas mujeres generalmente se hallaban en faenas que requieren esfuerzos físicos considerables, como largas caminatas con bultos pesados, pastoreo de ganado, labores agrícolas, viajes continuos y prolongados en vehículos y caminos deteriorados, etc.

Muy pocas hicieron controles prenatales y las que sí, generalmente no cumplieron o no asimilaron las instrucciones para el cuidado de su embarazo, y menos tomaron recaudos ante la posibilidad de una emergencia. Prevalció siempre la idea de la naturalidad del embarazo y la convicción de que, como en otras experiencias propias, podrían bastarse con los pocos elementos disponibles a mano y con la compañía de algún familiar durante el parto en domicilio.

En ningún caso hubo antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, pese a que muchas veces vieron con angustia el incremento de responsabilidades familiares. Hubo intentos tímidos de búsqueda de ayuda en anticoncepción, pero nunca prosperaron. Una mujer de cerca de 50 años murió durante el parto de su séptimo hijo luego de que se le indicara en el hospital que una ligadura de trompas que no se diera en el momento de un parto podía costar como 800 bolivianos. Entre las mujeres más jóvenes de comunidades rurales es casi imposible prevenir embarazos no deseados por desconocimiento, temor o ausencia total de orientación.

Con la opción del parto domiciliario en condiciones de aislamiento y precariedad, las posibilidades de recurrir a sus centros de salud en forma inmediata estuvieron mayormente limitadas, además de las distancias, por el clima, los costos y las propias familias, para las que las mujeres eran casi insustituibles en el día a día. Además, las mujeres y las familias siempre estaban convencidas de que cualquier inconveniente se podría solucionar con infusiones, maniobras de colocación, reposo, baños y otras medidas de conocimiento tradicional; muy pocas veces se contó con la presencia de parteras y menos con personal de salud, que siempre tienen conocimientos sobre las situaciones que no se pueden resolver sin ayuda profesional.

Solo se activaron esfuerzos de búsqueda de atención cuando los familiares y vecinos vieron a las mujeres, perder el habla, la capacidad de moverse, cuando se desmayaban o cuando el dolor era inaguantable. En esos casos se recurrió a vecinos experimentados, promotores comunitarios de

salud, en algún caso a maestros de las escuelas o alguna persona con vehículos para salir del lugar; pero lo más frecuente fue tener que enviar a pie a algún familiar a buscar ayuda en el centro de salud más cercano, a veces a varias horas de distancia y sin la certeza de encontrar al personal disponibles. Pocas veces se tuvo tiempo para practicar procedimientos especializados.

La respuesta del personal de los servicios de salud fue muchas veces tardía y ambivalente, incluso si contaban con ambulancias y profesionales disponibles. Suceden invariablemente dificultades internas de comunicación en las familias, en la ubicación de choferes encargados de ambulancias (hay choferes que trabajan en horarios de oficina y muchos que tienen retrasados sus contratos por meses) y en la organización de insumos de atención, en la asignación de responsabilidades (no siempre hay personal calificado en maniobras del manejo activo del alumbramiento) en medio de cambios de turnos, vacaciones o priorización de otras funciones del personal a cargo.

Ni qué decir de las competencias requeridas, ya que se atiende con lo que se dispone y no con lo que se necesita, aun cuando se trate de la atención de un parto normal. Algunas veces el personal se inhibe de practicar procedimientos conocidos solo porque no le corresponde normativamente o porque se han malinterpretado las normas y, sobre todo, por temor a eventuales sanciones. Se pierde tiempo y oportunidades con mucha frecuencia o simplemente se confía en diagnósticos demasiado rápidos y superficiales. No cuentan los antecedentes obstétricos ni las circunstancias de vida en las que se encuentran las mujeres; muchas veces se postergan atenciones aun cuando se sabe que no es fácil que las pacientes vuelvan.

Se ha detectado un uso excesivo e imprudente de la llamada “alta solicitada” con la única finalidad de deslindar responsabilidades. En algún caso se llegó al extremo de negar la intervención quirúrgica requerida por falta de consentimiento del concubino. Es frecuente que se pida a los familiares medidas que les son casi imposibles de cumplir, como contar con alimentos que no están a su alcance, quedarse siempre cerca de la mujer, conseguir transporte (a una señora la dejaron irse con el recién nacido en una caminata de cuatro horas hasta su domicilio, argumentando que el seguro cubría solo el transporte de llegada).

Previo trámite de ambulancia, chofer y combustible, cuando se determina una referencia imprescindible, hay que superar el persistente reproche del mal diagnóstico previo, la inexistencia de camas hospitalarias, la escasa disponibilidad de personal, el desconocimiento de los antecedentes clínicos, el papeleo, las firmas de consentimientos y otras condiciones que muchas veces son incapaces de resolver los siempre desprevenidos acompañantes, ya que es frecuente que no exista ni personal calificado ni insumos de emergencia en los centros de primer o segundo nivel, ni en las ambulancias, que también tienen sus propias dificultades para movilizarse pues no siempre tienen los papeles al día.

Es difícil de comprender esta situación, pero muchas muertes fueron “acordadas con anticipación”, o por lo menos asumidas como una realidad inevitable, antes de intentar cualquier último recurso, o incluso la aplicación de procedimientos médicos disponibles y que tienen altas probabilidades de éxito. En algunos casos, fueron las propias mujeres las que se negaron a seguir recomendaciones y se negaron a interrumpir embarazos de alto riesgo debido a enfermedades como el lupus eritematoso o cáncer avanzado de mama, por ejemplo. Ciertos familiares adoptaron la

decisión de solicitar alta prematura de las mujeres o se negaron a firmar el consentimiento para proceder con las intervenciones médicas indicadas; en estos casos llamó la atención la conducta poco persuasiva del personal de salud, así como el desconocimiento de las responsabilidades que asumen los familiares al tomar decisiones que conducen a la muerte.

Una mujer de 50 años, con antecedentes obstétricos de riesgo, rehusó la atención profesional del parto por presiones de su esposo violento, y otra con dengue hemorrágico diagnosticado por el médico de barrio, no pudo convencer al médico de turno del hospital de que era necesaria su internación inmediata.

Terapias psicológicas, interconsultas necesarias o activación de recursos de apoyo no fueron procuradas por el personal médico en casos evidentes de complicaciones del embarazo. Y esto pese a que es una obviedad que una adolescente, una víctima de violencia sexual, una indigente, deprimida o desnutrida, está casi siempre sujeta a presiones que no puede manejar por sí misma, especialmente cuando está en situación de aborto o al borde de un suicidio anunciado.

Generalmente en los hospitales no hay personal preparado para atender emergencias, porque no son alertados oportunamente o porque simplemente no tienen capacidad o formación para atender casos específicos en forma inmediata. Si no se refiere a otro centro (se han documentados casos de hasta tres o cuatro referencias sucesivas), se improvisa y se dilata la atención, aun en los casos más urgentes. Se decide buscar profesionales especialistas con una lentitud alarmante y suelen pasar muchas horas entre el ingreso hospitalario real de la paciente y la internación formal, con la que se mide y registra inapropiadamente el tiempo de la intervención.

El trópico cochabambino ha incrementado el promedio de mortalidad materna del departamento como un daño colateral de la creciente economía de la coca y su efecto multiplicador. Las mujeres de las poblaciones quechuas inmigrantes, parcialmente establecidas en precarias viviendas con servicios limitados, en medio de un clima extremo y propicio para la multiplicación de agentes transmisores de enfermedades, son propicias a embarazos de alto riesgo que se ve incrementado por su ritmo habitual de trabajo. Es evidente que por la prosperidad de algunas poblaciones de esta región, hay familias acomodadas y por lo tanto mejor informadas para tomar recaudos, pero son una clara minoría. Las más, son familias con salarios pobres o jornales mínimos, sometidos a trabajos insalubres, y por lo tanto con menores expectativas de vida.

El norte de Potosí es tradicionalmente una región lastrada por la pobreza extrema y, por lo tanto, también proclive a la precariedad en materia de salud materna. Planes y proyectos multimillonarios se han desarrollado sin dejar mayores beneficios en las economías y en la salud de miles de familias famélicas dedicadas a la pequeña producción agropecuaria de subsistencia, y cada vez más expuestas a la migración temporal o definitiva de jóvenes en busca de empleo o, peor aún, para mendigar en las ciudades y zonas agroindustriales del país y del exterior. A las difíciles condiciones, se suma el irrefrenable deterioro de la capacidad productiva de la tierra, agravada por las sequías y el clima extremo en la infinita procesión de montañas y quebradas.

Quechuas y aymaras, sin estudios o con pocos años de primaria, alimentados deficientemente con los recursos de sus minúsculas parcelas, que sobreviven en viviendas de piedra, barro y paja,

incluso en poblados mayores, buscan emigrar y comerciar lo poco que disponen, recibiendo muy poco a cambio y colocándose en situaciones precarias donde vayan. Por lo general quedan en las poblaciones solo los adultos mayores, muchas veces a cargo de niños (sus nietos) huérfanos o abandonados por sus padres, que migraron a los centros poblados.

La constante alternancia de épocas de auge y decadencia de la minería, en el norte y centro de Potosí, impide la consolidación de las pequeñas economías agropecuarias en cientos de comunidades indígenas. Incluso entre las familias de origen indígena o campesino, ya establecidas en zonas urbanas, la salud de las madres o mujeres embarazadas pocas veces es una prioridad, lo que se agrava, no pocas veces, con situaciones de maltrato y violencia intrafamiliar. Así como los accidentes, las enfermedades y las muertes prematuras son comunes entre los trabajadores mineros, no menos frecuentes son los casos en los que estos incurren en el consumo consuetudinario de alcohol, lo que conlleva el abandono y/o el maltrato de sus mujeres e hijos.

Aunque es cada vez menos común que en las ciudades se produzcan partos en domicilios o muertes maternas directas, gracias al incremento de facilidades para la atención de las mujeres, es notoria la poca capacidad institucional para resolver complicaciones obstétricas o de otro tipo. Enfermedades cardíacas, respiratorias, cancerígenas, transmitidas sexualmente, psiquiátricas o neurológicas suelen neutralizar con demasiada frecuencia el accionar de los médicos acostumbrados a la atención de partos normales.

En casos en los que no se tiene capacidad hospitalaria para tratar enfermedades agravadas por el embarazo, se decide la referencia a hospitales de mayor complejidad, lo que normalmente supone un viaje largo y dificultoso que se complica con procesos burocráticos innecesariamente extensos y, casi siempre, inútiles o extemporáneos.

En estas urbes se visibilizan otro tipo de malestares que aquejan a las mujeres embarazadas del campo, incluso en niveles socioeconómicos menos precarios: cáncer de mama, tuberculosis, depresión, trastornos hipertensivos, enfermedades cardiovasculares, accidentes en el hogar.

Si se extiende el análisis de las muertes de mujeres en embarazo o puerperio, ocurridas en las tres regiones estudiadas, durante 2011, aparecen causas incidentales como accidentes automovilísticos, suicidios y enfermedades ajenas al embarazo; pero antes, es necesario detenerse en las muertes vinculadas al aborto o de antecedentes obstétricos relevantes. Los abortos generalmente tienen rasgos típicos comunes: se realizan en condiciones precarias e inseguras y en desconocimiento de familiares e incluso de las parejas. Y es que generalmente las mujeres recurren a esta medida extrema porque fueron abusadas, por temor a represalias de sus padres, o porque ya tienen demasiados hijos, circunstancias todas que las obligan a actuar casi de manera clandestina.

Pero también se han presentado muertes por desoír la recomendación médica de interrumpir embarazos debido a un cáncer de mama avanzado, en un caso, y a un lupus sistémico complicado, en otro. También hubo casos de mujeres multíparas y de edad avanzada en los que prevalecieron las resistencias culturales a la atención profesional y la nula prevención o preparación para partos de alto riesgo.

Llaman mucho la atención situaciones en las que mujeres con padecimientos tratables detectados, no fueron atendidas como es debido, por desinteligencias familiares o del personal médico. Una mujer con dengue no diagnosticado fue enviada a casa por baja dilatación; otra ingirió alimentos insalubres a poco de dar a luz, pese a conocer que padecía de hipertensión; a los que se suman casos de depresión o evidentes afecciones psicológicas. Para una de ellas el diagnóstico de meningitis llegó demasiado tarde, luego de casi un mes de producirse el parto y varios meses después de que buscó ayuda médica por fuertes dolores de cabeza.

La investigación también permitió comprobar que el suicidio es un recurso para mujeres jóvenes desesperadas ante embarazos no deseados. Una muchacha emocionalmente quebrada por una familia disfuncional, sometida a acoso sexual en la escuela y en la calle, terminó colgada de una cuerda en su domicilio. Otra muchacha abiertamente rechazada por la familia de su esposo, ingirió herbicida luego de que este fuera encarcelado por actividades ligadas al narcotráfico.

Finalmente, también hay elementos comunes en el destino de los niños huérfanos. Muchos bebés murieron poco después de sus madres por falta de leche; otros fueron encargados a familiares en precarias condiciones y no pocos fueron abandonados o descuidados por sus padres viudos que priorizaron la consolidación de una nueva familia.

Todo esto demuestra que las coyunturas y contextos que causaron o incidieron en la muerte de mujeres en circunstancias de embarazo o puerperio afectan también, generalmente con la misma dureza, a sus descendientes.

10. ALGUNAS RECOMENDACIONES

Caminos y transporte

En una región como el trópico cochabambino, en la que abundan las poblaciones apartadas y de difícil acceso, es necesario establecer un modelo de atención diferenciado y con recursos específicos a cargo, eventualmente, de la Red Indígena de Salud. El diseño de ese modelo debería tomar en cuenta la integralidad de los servicios y su gratuidad, con puestos médicos permanentes y dotados de insumos y suministros además de recursos humanos con competencias mejoradas en atención de emergencias y trabajo comunitario. La planificación debería priorizar la capacitación en la atención de emergencias tanto a nivel comunitario como institucional, estableciendo convenios de actuación oportuna y privilegiada con instituciones castrenses y sanitarias de segundo y tercer nivel, en las que se incluya la opción del acceso a helicópteros en casos extremos.

Los gobiernos municipales y las empresas constructoras deben priorizar el mantenimiento permanente de carreteras, y las autoridades deben incidir en la regulación y control estricto del transporte público, incluyendo la concientización para un comportamiento adecuado hacia las mujeres embarazadas y los niños. Urge instaurar el respeto a la preferencia y prioridades que deben tener estos sectores –incluyendo a adultos mayores– en diferentes servicios y circunstancias.

Al parecer existen dos problemas recurrentes que dificultan la atención de complicaciones obstétricas en el norte de Potosí, en especial, y en toda el área rural del departamento, en general. La primera es que gran parte de la población más vulnerable radica en comunidades que tienen las viviendas muy apartadas en las montañas a las que solo se llega tras varias horas de caminata debido a la falta de caminos. Como una forma básica de prevención, se debe trabajar en concientizar a las mujeres embarazadas que viven en esas condiciones para que cuando su gestación llegue a término, acepten ser alojadas en lugares cercanos a los centros de salud.

La segunda es que casi ningún centro de salud cuenta con planes de emergencia. Estos protocolos imprescindibles deben diseñarse para que consideren diferentes complicaciones obstétricas a partir de la conformación previa de historias clínicas con diagnósticos precisos. Es recomendable establecer una rutina periódica de ejercicios de simulacro de emergencias para detectar falencias y solucionarlas. Es absolutamente necesario que dada la precariedad de recursos en zonas de difícil acceso, se realicen evaluaciones personalizadas para facilitar la aplicación de procedimientos de emergencia independientemente del nivel técnico formal del personal de salud disponible. Todo el personal que haga turnos, incluso los auxiliares de enfermería debe tener probada capacitación en atención de partos en domicilio, empleo de la técnica del AMEU y otros.

Comunicación institucional

Debería priorizarse la dotación de equipos de comunicación que funcionen en forma permanente y segura, más allá de la disponibilidad o no de señal satelital para celulares. Cada centro de salud, además, debería contar con personal de asesoramiento técnico y poder de decisión para movilizar recursos en forma inmediata.

Este sistema de comunicación debería estar siempre a disposición de mujeres que planifiquen sus partos, así como para todo el resto de la población en diferentes emergencias de salud. Las coordinaciones de red deberían asumir la responsabilidad de manejar estos sistemas, con puntos focales en cada centro o puesto de salud y con todos los choferes de ambulancias y vehículos disponibles.

Capacitación y supervisión del personal

La capacitación del personal de primer nivel de atención debe ser continua y enfocada a la generación de una cultura de actualización académica y periódica evaluación del desempeño. Las coordinaciones de red deberían dotarse de un equipo de facilitadores calificados para capacitar al personal en diferentes áreas. No se puede seguir lamentando fatalidades que bien se podrían o evitar simplemente aplicando protocolos de prevención. Por ejemplo, hay una ausencia casi total de apoyo psicológico en los centros de salud, por lo que es casi imposible aplicar medidas contra la violencia y el abandono.

Debe revisarse con el personal de salud de manera periódica la normativa de atención en anticoncepción, aborto, hemorragias, eclampsia, sepsis, atención del parto intercultural y enfermedades de transmisión sexual, así como atención diferenciada del adolescente y, sobre todo, la promoción de la salud reproductiva de la mujer.

Relaciones con usuarios y la población

No basta la simple advertencia de posibles dificultades ni sugerencias de comportamientos para sobrellevarlas, se requieren formas más decididas y coordinadas de intervención, apelando a la estructura social, visitas domiciliarias, involucramiento directo de personalidades y autoridades y otros mecanismos disuasivos para la toma de decisiones individuales, familiares y comunitarias.

Se debe acabar con la habitual práctica de deslindar responsabilidades mediante las “altas solicitadas”, cuando el peligro de vida es evidente. Es importante incluir en la práctica de los servicios el acompañamiento de los cuidados del recién nacido, especialmente cuando la madre ha fallecido.

Regulación de la atención privada

Sería interesante que cada coordinación de red tuviera no solo una práctica de seguimiento y enlace con entidades privadas, sino también tuición para imponer normas de funcionamiento de cumplimiento obligatorio, especialmente en casos de emergencia, violencia, programas de salud y salud sexual y reproductiva.

Estabilidad laboral

Es necesario tener una política que garantice ciertos niveles de estabilidad laboral, que reconozca la situación del mercado de trabajo, sobre todo en términos salariales y de cumplimiento regular de contratos y prestaciones. Hay figuras laborales extrañas poco atendidas, como la de choferes con horarios de oficina, personal que hace de chofer, personal que sale de vacaciones o reuniones sin suplentes, vacancias sin cubrirse por mucho tiempo, personal de programas sin responsabilidades en el equipo, horarios de atención improvisados, etc.

Estrategia de comunicación educativa

Debe diseñarse una estrategia de comunicación educativa a mediano y largo plazo, específicamente orientada a instruir sobre salud sexual y reproductiva, género, interculturalidad y derechos a niños y adolescentes. Debe estar a cargo de equipos profesionales especializados, en coordinación con los responsables de los centros de salud, para visibilizar y encarar problemáticas derivadas de conocimientos restringidos, actitudes riesgosas y conductas dañinas.

La disponibilidad de la atención del aborto legal (interrupción legal del embarazo - ILE) y la atención obligatoria de las complicaciones de cualquier tipo de aborto deben ser de conocimiento de la población. Esta situación debe ser difundida en las capacitaciones y reuniones informativas con mujeres, adolescentes y organizaciones sociales.

Integración de médicos y parteras tradicionales a los planes de salud

A la identificación, registro, capacitación e intercambio de saberes, habría que agregar la planificación de actividades conjuntas con médicos y parteras tradicionales, especialmente en la atención conjunta del parto y, sobre todo, en la colaboración mutua en casos de emergencia.

Planes municipales e indígenas de salud

La formulación de planes municipales e indígenas de salud, de acuerdo con la normativa vigente y en concordancia con los planes de desarrollo municipal y los planes operativos anuales de las instituciones, es un imperativo de gestión ineludible, si se pretende atender los factores estructurales de la debilidad del sistema de salud y las deficiencias en capacidad de respuesta.

Red de emergencias

En la redefinición de las funciones de centros de salud cabecera de red (con capacidad para ofrecer cuidados obstétricos y neonatales las 24 horas del día), con los recursos humanos necesarios para su funcionamiento y con gestiones hospitalarias adecuadas, debe incluirse el diseño y establecimiento de un centro de inteligencia con todos los servicios y movibilidades disponibles interconectados alrededor de una sola cabeza de mando, para asegurar así el traslado adecuado y planificado de referencias de mujeres y niños con complicaciones que pongan en riesgo sus vidas.

Adecuación intercultural de atención del parto y del recién nacido

A partir de experiencias exitosas similares se podrían emprender procesos sostenidos de articulación de actores sociales e institucionales, empezando por sesiones de sensibilización, identificación de prácticas culturales confrontadas con la salud, selección de ideas de cambio en los servicios, cursos y proyectos de adecuación intercultural y mejoramiento del trato humano. Estas iniciativas, con relativo éxito en Potosí, no han tenido el seguimiento ni continuidad.

Fortalecimiento de la estructura social en salud

Las coordinaciones de red, las direcciones municipales y las direcciones de los centros de salud deben reconocer, junto con los gobiernos municipales y los dirigentes de las organizaciones sociales, la importancia de la participación sistemática de la población en la planificación y administración de los servicios de salud, fomentando su organización y sobre todo generando espacios de información, consulta y planificación participativa.

En el ámbito de la intersectorialidad poco puede decirse que no se sepa de la importancia de la educación formal, tanto como formación de capacidades generales como dentro del quehacer humano, donde la responsabilidad y la previsión puedan ser valores incorporados en los actos de la vida. Mención aparte merecen las Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA) o los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIMS), cuyo despliegue institucional aún no se deja sentir casi en ninguna parte.

Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y análisis de la información

Es necesario reevaluar el comportamiento institucional en relación a la información y revisar las metodologías de los comités de análisis de la información, para encontrar explicaciones sobre la ineffectividad de las recomendaciones que se generan y que podrían mejorarse.

11. BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL
2009 Informe de la reunión de expertos sobre los determinantes de mortalidad materna en México y América Central: hacia un enfoque multisectorial. México, D. F.,
- Chárriez Cordero, Mayra
2012 Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. Revista Griot, Vol. 5, N° 1.
- Cordero, Dilberth, et.al
2008 Autopsia verbal: una herramienta para determinar las causas de morbilidad y mortalidad en la comunidad. Rev. Soc. Bol. Ped. ; 47 (3): 144 – 54. La Paz.
- De la Galvez Murillo, Alberto
2014 Mortalidad materna en los municipios de Bolivia 2001 -2012. La Paz, IISD-UMSA.
- Fundación Contemporánea
2012 Las verdaderas causas de la mortalidad materna en Argentina. Serie Políticas Públicas, Informe N° 2. Junio. BsAs.
- Gonzales, Daniel, et. al.
2007 Manual para la Humanización y adecuación cultural de la atención del parto. Ministerio de Salud, Family Care, QAP. Quito.
- INE
2003 Estudio Postcensal de Mortalidad Materna 2000. La Paz.
- 2015 Censo Nacional de Población y Vivienda, 2011. La Paz.
- Karam, Miguel Ángel, et. al.
2007 *Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. México, Medicina Social* (www.medicinasocial.info) volumen 2, número 4.
- Kornblit, A.L. (Coord.)
2004 Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires, Editorial Biblos.

- Langer, Ana; et.al.
1995 Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. Revista Cubana de Salud Pública, enero-junio.
- Lulle, T., et.al.
1998 Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. Barcelona, Antrophos.
- Mejía, M.L., et.al.
2013 Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, Rev Chil Obstet Ginecol; 78(6): 419 – 424.
- Ministerio de Salud
2016 Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes
2014 Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, Documentos Técnico Normativos 328. La Paz.
- MSD-INE
2015 Mortalidad Materna en Bolivia 2011. La Paz.
- OMS
1999 Reducción de la mortalidad materna. Ginebra, 1999.
- 2003 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Volumen 2, Manual de instrucciones. Washington, D.C., E.U.A.
- OPS/OMS
2016 Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes. Montevideo.
- Plan de Desarrollo del Trópico de Cochabamba
1999 Plan General Multiétnico de Desarrollo 'Económico y Social de los Pueblos Indígenas del Trópico de Cochabamba. Cochabamba.
- PNUD
2015 Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. La Paz
- Pujadas, J.J.
2002 El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ransom EI y Yinger NV
2002 Por una maternidad sin riesgos: como superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- Rendón, Lisa, et. al.
1995 Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en America Latina, Revista Cubana de Salud Pública, enero-junio.
- Rodríguez Villamizar LA, et.al
2011 Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia. Rev. Pan. Sal. Pub; 29(4):213-9.
- Romero-Pérez, Irma, et. al.
2010 Muerte materna: Una revision de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatología y Reproducción humana, vol.24 N° 1.
- Ruiz Salguero, Magda et.al.
2013 Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. CEPAL - Serie Población y Desarrollo N° 108, 2013, Santiago de Chile.
- Sanz Hernández, Alexia
2005 El método biográfico en investigación social: Potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales, Asclepio-Vol. LVII-1. Zaragoza
- Servicio Departamental de Salud Potosí
2007 Atlas de Salud 2005: Departamento de Potosí. OPS/OMS, SEDES.
- Silva, Alejandrina
2001 Recogiendo una Historia de Vida Guía para una Entrevista. El Campo Cultural del Sentido Común: Experiencias Metodológicas en la Investigación de las Representaciones Sociales. FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 11 - N° 30.
- Sloan, NI., et.al.
2000 The etiology of maternal mortality in depeveloping countries: what do verbal autopsis tell us?. Bulletin of the World Healt Organization,79(9):805-810.
- Torres, Sylvia y Sequeira, Santiago
2003 Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. Instituto Nacional de la Mujer (INAM).
- UNICEF
2011 Estrategia de Unicef en América Latina Y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna, neonatal e infantil (2011-2015).

Coordinación Nacional

Max Enríquez – SNIS
María Dolores Castro – OMMN
Alexia Escobar – FCI
Carmen Lucas - UNICEF

Coordinación Departamental

Keila Ávila – Cochabamba
Olker Araujo - Potosí

Investigador

Marcos Paz

Investigadores Asociados

Alexia Escobar
Wayra Paz
Carlos Balderrama
Franklin García

Asistentes de Campo

Potosí

Omar Fuertes
Andrés Ortega
Felipe Quispe
Yván Gutierrez
Adela Bautista
Deciderio Montero

Cochabamba

Sergio Luis Soto
Katterin Jenny Arnez
Keyla Avila Vasquez
Max Choque
Carlos Calla
Gonzalo Arancibia
Edwin Coca
Jaime Plaza
Álvaro Ibarra