

¡“CUANDO A UNO LE GUSTA UNA MUJER, LO PRIMERO QUE QUIERE ES QUE LE TENGA UN HIJO”

Investigación cualitativa sobre Mortalidad Materna en Honduras

Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
Abril del 2003

**¿PARA QUÉ TENER HIJOS? “PARA SER MUJER DE VERDAD”.
“ALGUNO HA DE SALIR BUENO, QUE LO CUIDE A UNO”.**

Sylvia Torres Ph. D. ©
Dr. Santiago Sequeira

Financiada en el marco del Proyecto HON/02/U11: Agencia Sueca de Cooperación Internacional, ASDI;/ Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD; / Instituto Nacional de la Mujer, INAM.

AGRADECIMIENTOS

Resulta difícil resumir en unos cuantos párrafos lo valioso del respaldo y aporte de las personas que contribuyeron a hacer posible esta investigación.

La mortalidad materna es un asunto público, pero obviamente es ante todo un asunto personal con ribetes muy íntimos. Es por eso que dejamos expresado nuestro mas profundo agradecimiento a las mujeres y hombres participantes en la investigación. Ellos en muchos casos compartieron con nosotros, extraños a sus vidas, vivencias y sentimientos muy valiosos para alcanzar el objetivo propuesto.

Nuestro agradecimiento al personal de la Secretaría de Salud en el nivel central y en el nivel regional y local. A pesar de tener apretadas agendas de trabajo, ellos y ellas dispusieron de tiempo y energía para compartir información, experiencias, brindar sugerencias y debatir puntos de vista. Nuestro especial reconocimiento la asistencia brindada por la licenciada Laura Martínez del Programa de Atención Integral a la Mujer, su conocimiento del tema, y de los actores involucrados fue invaluable para facilitar nuestro trabajo.

En el Instituto Nacional de la Mujer, la licenciada Dalila Pinell de Pineda, Coordinadora del Proyecto Puente, y la licenciada Loyda Cloter, Responsable del Área de Salud y Género fueron cruciales para garantizar el buen desarrollo de la investigación. De manera muy especial queremos agradecer a la señora Martha Maradiaga quien desde su cargo de Secretaria de la dirección del Proyecto Puente, gustosa y eficientemente brindó un apoyo invaluable.

Equipo Investigador
Tegucigalpa, 15 de abril del 2003

Introducción

El presente documento presenta los resultados de la investigación cualitativa sobre Mortalidad Materna realizada por el Instituto Nacional de la Mujer de la República de Honduras.

Partiendo de los objetivos de la investigación, el presente documento se ha estructurado en cinco capítulos:

Capítulo I: Justificación y Antecedentes. Este capítulo contiene una breve caracterización sobre la situación de la mortalidad materna en Honduras y de las estrategias hasta ahora emprendidas para combatirla. Así mismo ubica la situación hondureña en el marco de las iniciativas internacionales desarrolladas al respecto.

Capítulo II: Marco Teórico. Aquí se presentan los cuerpos de teoría que facilitaron el análisis. Estos son el enfoque de equidad de género, el enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

Capítulo III: Metodología. Contiene una descripción de la metodología utilizada, que tuvo como referencia el Método de Evaluación Rápida Participativa. Se describen los objetivos, se delimita el objeto de estudio, y posteriormente se explican los pasos metodológicos seguidos en el proceso investigativo.

Capítulo IV: Resultados. Contiene un análisis de los resultados de la muestra estudiada.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones. Contiene conclusiones resultantes del análisis de los datos recabados y que sirven de la base para las recomendaciones planteadas en éste informe.

Al final se adjunta listado de la bibliografía consultada, así como los instrumentos de recolección de información utilizados durante la investigación.

INDICE

Resumen ejecutivo

1. Justificación y Antecedentes	Pág. 11
2. Marco Teórico	Pág. 13
3. Metodología	Pág. 26
4. Resultados	Pág. 32
5. Conclusiones y Recomendaciones	Pág. 47
6. Bibliografía	Pág. 52
7. Anexos	Pág. 55

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

El Instituto Nacional de la Mujer de la República de Honduras, con el apoyo financiero de ASDI/PNUD (del Fondo de Naciones Unidas para la Población,) contrató los servicios profesionales de dos consultores para el desarrollo de la presente investigación cualitativa sobre Mortalidad Materna.

Justificación

Honduras se encuentra entre los cinco países latinoamericanos que cumplieron la meta de reducir en un 50% la mortalidad materna en el quinquenio 90-95, gracias a una serie de medidas entre las que se destacan las siguientes: extensión de cobertura, incremento de parto institucional, mejoramiento de la infraestructura vial, reformulación de la formación de parteras. No obstante, la tasa anual de 108 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos es inadmisibles. Por ello se hizo necesario investigar otros factores diferentes a los epidemiológicos médicos, para contribuir a disminuir la mortalidad materna. Los investigadores en salud sexual y reproductiva están privilegiando los factores cualitativos, y entre ellos, los factores socioculturales, como variables explicativas de fenómenos como la mortalidad materna e infantil, por lo que pareció importante una aproximación a estos factores en Honduras.

Para analizar la mortalidad materna es importante explorar cómo perciben y viven la **maternidad** las mujeres, sus maridos o compañeros, y la sociedad. Los presupuestos culturales alrededor del parto y del embarazo, aunados a la percepción sobre la "naturaleza" de la mujer y su papel de subordinación genérica se traducen en prácticas personales, comunitarias y sociales que aumentan los riesgos obstétricos y también obstaculizan la ejecución de las políticas de salud sexual y reproductiva.

Objetivo general:

Profundizar en el análisis de la mortalidad materna en Honduras, mediante la indagación de creencias, conocimientos, valores, actitudes y prácticas acerca de la maternidad, de las personas formuladoras de políticas públicas, planes, y programas, prestatarios y usuarias de servicios de atención materna en Honduras en el 2003.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores que influyen en el concepto de maternidad y cómo afectan a las usuarias, sus maridos, las parteras y la comunidad.
- Describir la influencia que el concepto de maternidad tiene en la formulación de políticas y en la prestación de servicios obstétricos en Honduras.
- Conocer cuáles son las estrategias sugeridas por los actores sociales para disminuir la mortalidad materna.
- Recuperar buenas prácticas para reducir la mortalidad materna.

Metodología

La metodología consistió en una evaluación rápida y participativa, centrada en el análisis del discurso, de mujeres usuarias de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPS), hombres, parteras, autoridades municipales y líderes del Movimiento de Mujeres, y por otra parte, de formuladores/ras de políticas de salud y prestatarios/as de servicios de salud obstétricos.

Las técnicas utilizadas fueron: grupos focales, entrevistas a profundidad y análisis de fuentes secundarias. Para cada una de estas técnicas se elaboraron guías de preguntas semi-estructuradas.

Los lugares donde se realizaron las investigaciones se determinaron bajo los siguientes criterios: urbano-rural, niveles de pobreza según necesidades básicas insatisfechas, etnicidad, expansión social y tasas de mortalidad materna.

Se realizaron 6 talleres de sensibilización con personal de la Secretaría de Salud, Movimiento de mujeres, 27 entrevistas a profundidad y 23 grupos focales de usuarias, hombres, adolescentes-as, parteras, docentes de Enfermería, Médicos internos y en Servicio Social y con personas viviendo con VIH-SIDA.

Los discursos fueron analizados con relación al concepto de maternidad, donde fue importante explorar como perciben y viven la maternidad las mujeres, sus maridos o compañeros, y la sociedad. Los supuestos culturales alrededor del parto y del embarazo, aunados a la percepción sobre la "naturaleza" de la mujer y su papel de subordinación genérica se traducen en prácticas personales, comunitarias y sociales que aumentan los riesgos obstétricos y también obstaculizan la ejecución de las políticas de salud sexual y reproductiva.

En el marco de este concepto de maternidad, se analizaron las variables sobre paternidad, responsabilidad de la procreación, cultura de cuidado en el embarazo y

el parto, urgencia obstétrica, violencia doméstica, violencia sexual, VIH/SIDA, marco legal.

Por tratarse de una metodología de evaluación rápida y participativa, el enfoque y la metodología fueron validados con equipos responsables de formulación de políticas, prestación de servicios y Movimiento de Mujeres.

Los resultados también fueron validados al menos con un equipo de personas formuladoras de políticas de salud.

Resultados y Conclusiones

En todos los grupos y personas participantes de la investigación prevalece el concepto de maternidad como un hecho biológico, natural, básico para la realización personal de las mujeres. El hecho biológico de la concepción, deriva en una obligación cultural para las mujeres de cuidar a sus hijos e hijas, en tanto que el hecho biológico de fecundar que poseen los hombres no conlleva a la misma obligación cultural y social. Como consecuencia de esto, los hombres no reciben sanción social cuando se desentienden de su progenie.

A pesar de lo anterior, los hombres tienen control sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva de la mujer pues son ellos quienes deciden cuándo, cómo y dónde tener relaciones sexuales, y si hay complicaciones en el momento del embarazo que ponen en riesgo la vida de la mujer, en última instancia el hombre, marido o compañero tiene el poder de decidir dónde, cuándo y cómo se prestará auxilio a esa mujer.

El cuidado durante el embarazo se les prescribe a las mujeres, aunque en definitiva, los hombres deciden el momento en que las mujeres se beneficiarán de la atención del servicio de salud.

En las zonas menos urbanizadas, priva especialmente la concepción que el hombre es "dueño" de la mujer, y esto se traduce una relación desigual entre los géneros que se expresa en los resultados de una muerte materna, la profunda ausencia de poder de la mujer. Esta falta de poder la inhabilita para dirigir y proteger su vida con relación a su sexualidad y reproducción.

Esta desigualdad no está visibilizada en las políticas de atención integral a la mujer, y traduce una insuficiencia en la operativización del enfoque de derechos, que caracteriza tanto el Programa de Atención Integral a la Mujer como al Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Las y los médicos prestatarios de servicios, que no conocen o no asumen esos enfoques, no pueden modificar las situaciones dadas en la prestación de

servicios, y optan por atribuir a la mujer una responsabilidad activa en las consecuencias negativas en el embarazo y el parto, estableciendo una relación de distancia con ellas. La situación es diferente con las enfermeras quienes sí han recibido formación sobre el tema, pero que, además de ser, en su mayoría, mujeres, tienen poco poder.

Existe un marco legal para la realización de todas las acciones del Programa de Atención Integral a la Mujer, pero es desconocido por todos los actores, las mujeres incluidas.

Por otra parte, se encontró que no existe una correcta articulación entre los diversos niveles de la Red de Salud para hacer frente a la emergencia obstétrica, ni una actitud homogénea de urgencia médica, amén de no contar los servicios de referencia de todos los recursos materiales y humanos necesarios.

Existe consenso entre personas formuladoras de políticas y prestatarias de servicios de salud, que es inadmisibles que la tasa de muerte hospitalaria sea igual a la tasa de muerte materna no hospitalaria. Este hecho es sorprendente dados todos los esfuerzos realizados para abatir la tasa de Mortalidad Materna. Entre los factores responsables de esta situación también se señalan retrasos y faltas de condiciones apropiadas en la decisión de referir a las pacientes, devolución de mujeres referidas en los hospitales y discrecionalidad en la aplicación de normas de atención. Es decir, el problema apunta sobre los mecanismos de decisión de personas involucradas en la atención de la emergencia obstétrica.

En la comunidad, las parteras han sido captadas por la Secretaría de Salud desde al menos 12 años atrás, y son eficientes colaboradoras en la implementación del objetivo de Maternidad Segura. Atienden alrededor del 25 % de todos los partos y continuarán en esa labor aún por largos años.

La formación de los Alcaldes y Regidores en Políticas de Salud, y particularmente en la lucha en contra de las muertes maternas, ha tenido consecuencias positivas para las mujeres, pues no sólo apoyan efectivamente las Casas Maternas, el transporte de mujeres con factores de riesgo y la organización de la comunidad alrededor de las metas del Programa de Atención Integral a la Mujer, sino que también influyen en los hombres para cambiar sus actitudes machistas tradicionales.

Recomendaciones

I Con relación a la cultura de género y la mortalidad materna en Honduras

1. Las Políticas relativas a la mortalidad materna deben tomar en cuenta el impacto de los factores culturales, a fin de fortalecer a quienes ayudan a evitar la muerte materna, y de combatir aquellos que obstaculizan el ejercicio de una maternidad segura.
2. Siendo que la ausencia de poder de la mayoría de las mujeres para negociar aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, aparece como el principal factor de riesgo social con relación a la muerte materna, el Estado y la Sociedad Civil deben propiciar por todos los medios, el enfoque de derechos en la salud sexual y reproductiva.
3. Deben realizarse campañas públicas dirigidas hacia la comunidad para promover la paternidad responsable, enfatizando en las obligaciones culturales y sociales derivadas de la capacidad de engendrar que tienen los hombres, específicamente señalando sus tareas en la promoción del cuidado de las mujeres.
4. Desarrollar campañas de educación sexual que hablen expresamente sobre la sexualidad, el placer, la ética y la responsabilidad. Asimismo es importante brindar más información a las y los adolescentes acerca del embarazo y el parto. Esto cumple con dos propósitos, por un lado contribuiría a que las muchachas estén informadas de previo, y por otro a que colaboren en impulsar comportamientos de cuidado en las embarazadas de su familia o comunidad.
5. El personal de salud, las municipalidades y las organizaciones de la sociedad civil deben publicar todas las medidas que se toman para garantizar una maternidad sin riesgo.
6. Se recomienda que se realicen auditorias sociales de muerte materna y que estas se acompañen con la toma de medidas preventivas, tal y como ya ocurre en algunos municipios.

II Con relación a la formulación de Políticas de Salud hacia la mujer y la prestación de servicios obstétricos

1. Se recomienda que el Instituto Nacional de la Mujer en coordinación con la Secretaría de Salud, garantice que el personal de las instituciones involucradas conozca y asuma consecuentemente el desafío de una maternidad sin riesgos desde un enfoque de derecho.
2. Asimismo se recomienda que todo el personal conozca y asuma el marco legal en el que se prestan estos servicios de atención obstétrica.

3. La divulgación del marco legal debe dirigirse hacia la comunidad, pues puede contribuir a cambiar la actitud de maridos renuentes a que sus esposas o compañeras de vida eviten el riesgo reproductivo.
4. La Secretaría de Salud debería incorporar en su política estrategias que promuevan el empoderamiento de las mujeres en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.
5. Es crucial que la Secretaría de Salud asegure la integración de todas sus unidades para combatir la mortalidad materna. Especialmente se requiere establecer una visión común entre la Dirección de Atención Integral a la Familia y la Dirección General de Hospitales.
Una manera de contribuir a la integración sería generalizar algunas prácticas como las visitas de las y los médicos hospitalarios a las clínicas materno infantiles y Centros de Salud, la reactivación de los Comités de Mortalidad Materna en el nivel nacional con la participación del Movimiento de Mujeres, así como en los hospitales. Esta recomendación incluye la revisión conjunta de casos fatales de parte de los hospitales, la dirección sanitaria regional, el personal de la unidad de salud donde acontezca la muerte materna, y las autoridades municipales.
Especial atención debe darse en los análisis de Muertes Maternas y de la atención obstétrica de emergencia a los conocimientos y procesos de toma de decisiones de los actores implicados en la atención.
6. Se debe asegurar que la formación del personal médico y paramédico que estará en algún momento involucrado en la prestación de los servicios obstétricos, conozca y asuma el proyecto de una maternidad sin riesgos.
7. Dado que un importante porcentaje de la atención obstétrica aún recae en las parteras, se recomienda mantener una estrecha relación con ellas, mediante capacitación, evaluación y suministro de materiales. Descuidar el vínculo con ellas podría determinar un retroceso en lo avanzado hasta ahora en términos de la referencia de casos de riesgo hacia los hospitales, la captación de embarazadas y otras prácticas que han probado ser efectivas para la disminución de las tasas de mortalidad materna.
8. Se recomienda asimismo que se generalice la formación de Alcaldes y Regidores en temas de salud sexual y reproductiva, particularmente alrededor de la maternidad segura.

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La sociedad hondureña ha conseguido logros significativos en la reducción de las tasas de mortalidad materna, con relación a las existentes en la década de 1970. El incremento del uso de los anticonceptivos, del control prenatal y la cobertura del parto institucional, son entre otros, factores que han contribuido a su reducción.

No obstante, la mortalidad materna continúa siendo un problema social de graves consecuencias para la vida de las mujeres, tal y como lo reflejan los actuales datos estadísticos. Por cada 100 mil nacidos vivos, el riesgo reproductivo es de 326 y la tasa de mortalidad materna es de 108 respectivamente.

Es evidente que la población femenina con mayores niveles de afectación, es la que tiene un limitado acceso a la educación, que vive en condiciones de pobreza y en zonas urbano marginales. Además de las condiciones socioeconómicas de las mujeres, la calidad de la atención en los servicios de salud, es otro de los factores que contribuyen en agravar la problemática de la salud de las mujeres en edad reproductiva, lo que a su vez incrementa los riesgos de muerte por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio.

Tal y como señala la Publicación Científica número 541 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), sobre Género, Mujer y Salud en las Américas, las condiciones sociales y económicas que afectan a la mayor parte de la población femenina, se caracterizan por la persistencia de la subordinación, inferioridad económica, educativa, legal, política y familiar de las mujeres.

Las mujeres que viven en condiciones de pobreza, deben combinar el trabajo doméstico, con múltiples actividades de generación de ingresos para asegurar la sobrevivencia de la familia, posponiendo sus propias necesidades de prevención, promoción y atención a su salud integral.

La Política Nacional de la Mujer, recientemente elevada a Política de Estado por decreto presidencial y su correspondiente **Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades**, contiene un conjunto de lineamientos, objetivos y acciones estratégicas de corto y mediano plazo, que definen las prioridades concertadas entre representantes del Estado y el Movimiento de Mujeres, para abordar de forma integral la problemática de salud que afecta a las mujeres y particularmente a su salud sexual y reproductiva.

El Instituto Nacional de la Mujer (INAM), en su calidad de institución rectora y normativa de políticas públicas para la equidad, ha iniciado esfuerzos para que a través de la firma de convenios de cooperación recíproca, se fortalezca la coordinación interinstitucional con las diversas entidades del Estado

corresponsables de la transversalización de la Política Nacional de la Mujer, y de operativizar las actividades contenidas en el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades en los planes operativos y presupuestos de las instituciones involucradas.

En este contexto y con miras a fundamentar la agenda del INAM en materia de salud sexual y reproductiva, la institución ha realizado una investigación de orden cualitativo para indagar sobre las causas y consecuencias de la mortalidad materna, que en el caso de Honduras continúa presentando tasas de mortalidad materna.

Antecedentes

Las mujeres embarazadas de la mayoría de los países de América Latina y El Caribe continúan muriendo de causas que pertenecen al siglo XIX, en tanto se disponen de estrategias y modelos de atención exitosos, medicamentos y técnicas para tratar las consecuencias de complicaciones del embarazo y el parto. En la Región, muchos indicadores de salud han descendido, como la tasa de fecundidad total y la tasa de fecundidad bruta, pero las tasas y las razones de mortalidad materna han permanecido estacionarias¹.

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuyo objetivo principal fue reducir las tasas de mortalidad materna en un 50% para el año 2000, mediante el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. A pesar de los esfuerzos realizados, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la situación general, especialmente con respecto a los indicadores de impacto. Sólo 5 países de la región comunicaron haber logrado la reducción del 15% prevista para 1995. Honduras fue uno de ellos².

La evaluación del Plan indicó que limitaciones políticas y financieras obstaculizaron el éxito. Además, varias intervenciones como la asistencia del parto por personal calificado y la Atención Obstétrica Esencial (AOE), no se programaron adecuadamente.

La OMS ha determinado los componentes de la Atención Obstétrica Esencial (AOE): los centros de AOE deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencia calificada, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un centro AOE integral, en caso necesario.

En 1997, representantes de los gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales y expertos técnicos reunidos con motivo de una consulta

¹ Estrategia Regional Para la Reducción de la morbilidad y Mortalidad Materna. 2002. CE 130.R10. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

² Idem.

técnica sobre la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgo estuvieron de acuerdo sobre las intervenciones clave(s) para la reducción de la mortalidad materna.

Estas incluyen: impulsar el respeto de los derechos humanos, promover el cambio socioeconómico para las mujeres, el retraso del matrimonio y el primer nacimiento, reconocer que todo embarazo conlleva un riesgo, asegurar la atención calificada del parto, y mejorar la calidad y cobertura de la atención en salud, entre otros aspectos.

El seguimiento de los diversos planes ha demostrado que las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en evidencia, unidos a un enfoque multisectorial, son efectivas para reducir la mortalidad materna.

Honduras es uno de los 5 países que en América Latina ha cumplido con las metas de reducción de muerte materna planteadas por la Cumbre Mundial de la Infancia. Para esto la Secretaría de Salud, a partir de 1990 hizo lo siguiente:

- Incrementó la atención institucional del parto.
- Aumentó la prevalencia de usos de métodos anticonceptivos en las mujeres.
- Implementó la estrategia de Enfoque de Riesgo Reproductivo.
- Reorientó el proceso de capacitación de parteras tradicionales.
- Aplicó el proceso de normatización de la atención integral a la mujer.
- Desarrolló estrategias para incrementar la atención institucional del parto, poniendo a funcionar 7 hogares maternos, 24 clínicas materno infantiles y 6 hospitales.
- Desarrolló estrategias para mejorar la calidad del parto limpio a nivel de la comunidad mediante la puesta en funcionamiento de 6 casas comunitarias y dando capacitación a parteras tradicionales.

En un análisis de la reducción de la mortalidad materna en Honduras entre 1990 y 1997, se pone de relieve el enfoque multisectorial. Gracias a éste, la razón disminuyó de 182 a 108 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

El análisis de la mortalidad materna para el año 2002³ en Honduras realizado por la Coordinación de Salud Integral de la Familia de la Secretaría de Salud, reporta un total de 140 muertes maternas. La primera causa de estas muertes es la hemorragia (45%); seguido por trastornos hipertensivos (18%), y en tercer lugar aparecen las infecciones (12%). Las infecciones pasaron del segundo al tercer lugar, lo cual puede ser resultado de las acciones orientadas para asegurar un parto limpio, especialmente al nivel de las parteras.

Otro hallazgo es que la afectación de muerte materna en el año 2002 según grupo de edad, ha cambiado su perfil. De muertes en edades extremas se pasó

³ Análisis de Mortalidad Materna año 2002 Honduras. Coordinación Salud Integral de la Familia. Secretaría de Salud. Documento Interno.

al grupo comprendido entre los 18 y los 35 años con un 69% del total de muertes. Asimismo este análisis revela que el 65% de las muertes maternas ocurre **en el** (a nivel) hospitalario.

Como se deduce de lo expuesto, son factores múltiples los que inciden en el abatimiento de la tasa de muerte materna. Esta no sigue una progresión lineal sino que es fluctuante, a pesar de una adecuada organización de los servicios de salud, de la cercanía de los servicios de salud a las usuarias, de la mejoría del sistema de referencia y transporte, y de la formación de recursos humanos.

En otros países de América Latina, también el estancamiento de la reducción de tasas de mortalidad materna, parece necesitar de un nuevo paradigma para el estudio de la misma.

Leonardo Contreras⁴, del Fondo de Población de Naciones Unidas, propone dividir el análisis de los factores de la mortalidad materna en factores distantes, siendo el principal los factores socioeconómicos; factores intermedios, que incluyen comportamientos en materia de reproducción, acceso a servicios de salud, estado de salud de las madres; y “factores desconocidos” en la complejidad del contexto actual. Contreras propone indagar éstos últimos.

La Secretaría de Salud, de la República de Honduras dispone de excelentes investigaciones epidemiológicas sobre la evolución de la mortalidad materna, pero existen muy pocas en el ámbito cualitativo.

Por esta razón el Instituto Nacional de la Mujer de la República de Honduras INAM, se propuso realizar esta investigación sobre los aspectos cualitativos que rodean la formulación, aplicación y recepción de las políticas de salud para la reducción de la mortalidad materna, para indagar entre los factores intermedios, comportamientos en materia de reproducción y factores desconocidos al nivel socio cultural.

⁴ Contreras, Leonardo. COEm: Ruptura del Paradigma para la reducción de la mortalidad materna. Fondo de Población de Naciones Unidas. 2002.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Maternidad y Mortalidad Materna

Detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, creencias y representaciones ligadas con la maternidad, la paternidad, la salud y el derecho de cada grupo social. Estas ideas que son históricas, es decir creadas en un determinado tiempo y circunstancias, generan prácticas, políticas y relaciones de poder.

De la misma manera estas ideas y prácticas son relacionales, es decir, no pueden ser comprendidas sino en el conjunto de relaciones en las que interactúan las mujeres particularmente con los hombres. Escudriñar este conjunto de ideas permite descomponer los factores responsables de los resultados positivos o negativos y abrir espacios para generar cambios.

La maternidad se define desde varios aspectos: lo médico-biológico, como institución sociocultural, como paradigmático de la construcción genérica y como objeto de políticas públicas a través de la concepción de derechos reproductivos. Siendo éste último enfoque el más reciente, y el que incluye la participación de las mismas mujeres en la conceptualización y elaboración de estrategias para asegurar una maternidad segura.

A continuación se explora el desarrollo de las concepciones históricas sobre maternidad, paternidad, derechos sexuales y reproductivos, y como éstas se combinan para producir o evitar una muerte materna.

Matrimonio y Maternidad han sido identificados como lugares principales de la opresión de las mujeres⁵ pero también como relaciones en las que éstas dan significado a sus vidas, y de las que derivan un sentido de autopoder⁶.

En la actualidad, se llama “maternidad” al hecho que las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico de la gestación, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un período de tiempo más o menos largo⁷.

La ciencia médica no se refiere a la maternidad, sino a los procesos fisiológicos que ocurren durante la gestación, comprendidos en las etapas de embarazo, parto y puerperio. Interviene a través de conocimientos codificados en Normas de Atención que en cada país tiene el valor de normas legales de cumplimiento obligatorio.

⁵ Sau, Victoria. Diccionario Feminista.

⁶ Langer, Marie. Maternidad y Sexo. Paidós. Buenos Aires.

⁷ Sau, Victoria. Diccionario Feminista

Devenir en madre es un evento mayor en la vida de las mujeres; tiene implicaciones masivas para su estilo de vida, su sentido de identidad y su relación con los otros. El significado del nacimiento de un hijo o una hija y de la maternidad son definidos por la cultura en la que ocurren, y se interrelacionan con actitudes sociales más amplias hacia las mujeres.

En las sociedades industriales occidentales y en los países del Tercer Mundo, las mujeres son consideradas como las únicas responsables de la crianza de los hijos e hijas.

Se espera de ellas que actúen de una manera totalmente autodirigida y competente durante las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, y esta conducta es considerada “lo natural”. También se espera que esta disposición “natural” exista previo al nacimiento, e incluso a la concepción de los hijos e hijas: la vocación de ser madre ha sido considerada un deseo y sentimiento inherentemente “natural” a la feminidad bien entendida.

¿Que quiere decir que el significado de la maternidad está definido por la cultura en la que ocurre, y que este se relaciona con actitudes sociales más amplias hacia las mujeres?

Margaret Mead⁸ en sus estudios antropológicos comparados de diversas sociedades, llegó a la conclusión que cada una de ellas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales, en la mayoría de los casos, ella se adapta.

En las sociedades en las que se considera que el embarazo debe estar acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufre efectivamente de estados nauseosos y tiene partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabúes a la mujer en este estado, los embarazos y partos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes⁹.

Ambas líneas de pensamiento, los preconceptos acerca del embarazo y el parto, y los relacionados con el nacimiento y la crianza de los hijos e hijas constituyen elementos de la institución de la maternidad, que también ha sido definida como “la manera en que las mujeres devienen madres en la sociedad actual¹⁰”.

Tradicción, magia, religión y práctica médica, son los cuatro ejes a través de los cuales las mujeres se vinculan – de especial e intensa manera- con su cuerpo, con el cuerpo y los conocimientos de otras mujeres; desde la madre, la suegra, la partera y los movimientos contemporáneos de mujeres. De esta misma

⁸ Mead, Margaret. *Coming of Age in Samoa*.

⁹ Por ejemplo en la sociedad Japonesa antes de la occidentalización que tuvo lugar después de la Segunda Guerra Mundial.

¹⁰ Langer, Marie. *Obra Citada*.

manera se vinculan con los conocimientos de los hombres, con el poder masculino y familiar, y con los imperativos culturales durante el particular período en que son dadoras de vida.

La combinación de estos cuatro ejes no es idéntica en cada una de las etapas ni entre las generaciones, y confirma una vez más que los cambios estructurales de la sociedad no provocan reemplazos de uno a uno en las prácticas de los sujetos, sino reordenamientos significativos de los recursos utilizados. Por esto, los conceptos culturales, en tanto históricos son cambiables.

El concepto actual de maternidad se gesta a finales de los siglos XVIII, XIX y XX (es un concepto que está en transformación). Antes del siglo XVIII en la cultura general de atención a los recién nacidos, prevalecía el concepto de sobrevivencia del más fuerte. Importaban los niños que sobrevivían, para formarlos como ciudadanos obedientes al Rey. Esta cultura de desatención daba como resultado grandes índices de muerte infantil.

Por otro lado las pestes y la mortandad que éstas implicaban, unidas a las migraciones hacia las colonias, estaban despoblando al Estado, de manera que éste comenzó a preocuparse por aumentar la población. La respuesta fue acrecentar la sobrevivencia de la primera infancia.

Para ello creó una cultura de cuidado que fue encargada a las madres, y que se basó en tres discursos:

- Económico: que valora a la población como la materia prima más importante, puesto que ella realizará la transformación de materias primas naturales en productos elaborados. A su vez la población pagará impuestos y ayudará a crear la riqueza de la nación.
- Filosófico: está relacionado con la igualdad (entre hombres), y el bienestar individual. La idea es que si se desarrolla económicamente la nación todas las personas se beneficiarán.
- Genérico: éste discurso exalta la importancia de las mujeres como productoras de hijos e hijas, y adscribe al hombre la función de proveedor.

A las mujeres se les asignan tareas no sólo para la sobrevivencia, sino que para todo el ciclo vital. La mujer pasa a ser importante como cuidadora, educadora, consoladora e impulsora de la autonomía de las y los ciudadanos, y de reproductoras de su modelo de madre con las hijas.

Las ideas de Rousseau representan a la maternidad como un sacerdocio, una experiencia dichosa que implica necesariamente dolor y sufrimientos. El sacrificio es la renuncia a un proyecto de vida para sí, en aras de satisfacer el

bienestar de los demás. Dice en su obra *Emilio*: “las mujeres no respiran más(,) que para pagar con dolor, la gloria de poder ser, o haber sido madres”¹¹.

Estos discursos encuentran eco en los mensajes religiosos que reafirman la lógica de la realización personal de las mujeres a través del parto con dolor, la devoción, la aceptación gozosa del sacrificio y sufrimiento como paradigmas del ser mujer.

La muerte materna, aparece entonces como consecuencia natural de la misión maternal. De allí la resignación social ante la muerte de las mujeres y la pasividad del sistema. Esta nueva concepción de la maternidad tuvo como consecuencia la disminución del rol parental de los hombres, a quienes se les asignó como tarea principal la del ser un proveedor económico.

Es esta situación la que en la actualidad se busca revertir, tal y como se aprecia en el interés planteado por los estudios sobre masculinidad y paternidad.

La paternidad en Centroamérica

En la investigación *Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*, CEPAL, 2002, se afirma que en el mundo maya y en parte del mundo rural, ser padres representa algo importante que da sentido a la vida y mantiene la permanencia de la etnia. La paternidad está codificada en el universo de normas sociales, en el sentido de crianza y relaciones con los hijos e hijas para formarles y darles un lugar en el mundo.

Sin embargo en el mismo estudio se describe la paternidad en el ámbito centroamericano como “problemática”, porque la misma está ejercida por una masculinidad sustentada en una posición de poder preponderante o posición de dominación desde la cual unos sujetos intentan subordinar a otros de características sexuales y reproductivas diferentes, en contextos históricos y socio culturales específicos. En consecuencia, la violencia del hombre hacia la mujer signará de manera importante la relación.

Este estudio afirma de manera general que la paternidad en Centroamérica tendría las siguientes características:

- Para algunos hombres puede adquirir un significado fundamental de trascendencia, de sentido de la existencia, de proyecto y compromiso. En cambio, otros hombres lo viven como restricciones, obligación y carga económica, pérdida de libertad, siendo que esta última es el valor fundamental de los hombres de la región.
- El vínculo con los hijos e hijas depende en mucho del vínculo emocional y sexual establecido con la pareja: si se da separación o divorcio, el vínculo con los hijos e hijas tiende a relajarse.

¹¹ Citado en Badinter, Elizabeth. 1983. *L’amour en Plus*. Livre de Poche.

- Para algunos hombres, el acto de engendrar es importante para confirmar su virilidad y su capacidad de procrear, una confirmación de su masculinidad.
- En general, muchos hombres viven como más importante el ejercicio de la sexualidad genital que cualquier otra función; la cultura machista centroamericana privilegia e incita a los hombres a tener relaciones sexuales precoces y múltiples, desincentivando la formación de vínculos estables y favoreciendo la colección de parejas ocasionales, concibiendo a la sexualidad como una urgencia biológica o connatural difícil de controlar.
- En esta concepción, no se contempla respetar el deseo y necesidades de la mujer, de donde surgen embarazos no deseados y violencia sexual. Además, divide las mujeres en las “buenas” con quienes se pueden establecer relaciones estables, y las “otras”, utilizables como objetos sexuales.
- Los varones centroamericanos tienen gran reticencia a tomar medidas preventivas para evitar embarazos no deseados, se oponen a que sus parejas los utilicen y tienen escasos conocimientos sobre sexualidad y reproducción.
- Los padres mantienen en general una gran distancia emocional y afectiva hacia sus hijos e hijas, la crianza es delegada a las madres o a otras mujeres del entorno.

En la investigación citada, Javier Rodríguez precisa las siguientes características de los hombres hondureños en su participación en la sexualidad y la reproducción: la sexualidad es sinónimo de mantener relaciones sexuales desvinculadas de afecto. El uso de medidas de protección no es aceptable pues indican infidelidad; las actitudes hacia las parejas sexuales están influidas por los juicios sobre la “honorabilidad” asignada de manera imaginaria a la compañera sexual, decente o fácil.

La participación del hombre en la reproducción, continúa Rodríguez, se limita a la fecundación. La mayoría de los varones asume un papel pasivo en el embarazo o el parto y en ocasiones se ausenta en la etapa de gestación. Además, desconocen los cambios y el desarrollo que experimenta la mujer y el feto durante el embarazo. Más del 95% de las consultas de control prenatal se realizan a mujeres solas, por lo que los procesos de crecimiento y desarrollo del feto sólo son conocidos por ellas.

A la distancia emocional y afectiva característica de la paternidad centroamericana, en el caso de Honduras, se suma la producida por la violencia intrafamiliar y las migraciones por motivos económicos.

La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF-2001, mostró diferencias en la tasa deseada de fecundidad, que fue de un 3.0 de hijos e hijas para las mujeres y de 3.4 de hijos e hijas para los hombres. Aunque el estudio

de la CEPAL señala que un 25% de los padres no reconocen, ni se hacen responsables de sus hijos e hijas.

“Que lo cuide su mamá”

De las construcciones culturales sobre la maternidad y la paternidad, se deduce que se atribuya a la capacidad de las mujeres de dar a luz la obligación del cuidado y crianza de los hijos y las hijas, mientras que la capacidad de los hombres de fecundar no conlleva socialmente éste mismo tipo de obligaciones. Marcela Lagarde ha señalado que mientras no se concibe el ser mujer sin ser madre, se puede perfectamente ser hombre sin ser padre¹².

Para analizar la interrelación entre las representaciones de maternidad y paternidad, es importante tener en cuenta que engendrar, concebir, criar y formar una familia constituyen procesos diferentes, aunque en la práctica se perciban como equivalentes¹³. “El hecho biológico de dar a luz no convierte a la mujer de forma inmediata e irreversible en ser madre”.

En la práctica esta concepción da como resultado el aumento de hogares con jefatura femenina y embarazos de adolescentes, y la construcción y práctica de la paternidad irresponsable.

Una estrategia para superar concepciones y actitudes tradicionales socialmente negativas para la salud de la mujer, es la introducción de la concepción de derechos sexuales y reproductivos.

Mortalidad Materna y Derechos Sexuales y Reproductivos

Contrario a las prescripciones patriarcales sobre la maternidad como destino compulsivo de las mujeres, desde un enfoque de derechos humanos y reproductivos, la maternidad es un derecho de las mujeres que les faculta tener los hijos y las hijas que deseen, cuando los deseen y de contar con el apoyo social y estatal para hacerlo.

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, reconoció que la Salud Sexual y Reproductiva es un derecho de hombres y mujeres, y declaró que la meta era lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y a la información necesaria hacia el año 2015.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se hizo posible por las luchas emancipatorias de las mujeres y la conciencia creciente de las diversas formas de desigualdad que tejen el entramado de sus vidas.

¹² Lagarde, Marcela.

¹³ Un estudio realizado en una comunidad afroamericana en los Estados Unidos por Carol Stack encontró que aunque las jóvenes se embarazaron, las tareas de crianza materna fueron asumidas por mujeres adultas de la familia o de la comunidad, puesto que no se consideraba aptas a las jóvenes para ser **madres**.

Existen millones de personas en el mundo que cuando se les deniegan esos derechos, padecen enfermedades, injusticia, lesiones, sus vidas se agotan e incluso mueren. De estas personas, la mayoría son mujeres y la mayoría de esas mujeres viven en el mundo en desarrollo.

El actual concepto internacional de **Derechos Sexuales y Reproductivos** abarca los siguientes derechos)¹⁴:

- A la salud sexual y reproductiva como componente de la salud general a lo largo de toda la vida.
- A la adopción de decisiones en cuestiones reproductivas, incluida la elección del cónyuge, la opción en materia de formación de familia y la determinación del número de hijos e hijas, el espaciamiento de los mismos; el derecho de disfrutar una vida sexual satisfactorias y sin riesgos y de procrear, la libertad para decir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia; a obtener información y acceso a métodos seguros eficaces y aceptables según elección para regular su fecundidad.
- A la igualdad y la equidad entre mujeres y hombres, para posibilitar que las personas efectúen opciones libres y bien fundamentadas en todas las esferas de la vida y en ausencia de discriminación por motivos de género.
- A la seguridad sexual y reproductiva, incluida la ausencia de violencia y coacción sexuales, y el derecho a la vida privada.

Este enfoque introduce un nuevo discurso que sugiere entre otras condiciones, el replanteamiento de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así un nuevo marco de análisis sobre los vínculos entre sexualidad y reproducción¹⁵, y todos los aspectos del comportamiento reproductivo; cortejo, apareamiento sexual, formación de pareja, expectativas e ideas con respecto a la familia, la planeación y el espaciamiento de los hijos e hijas, la actitud y relación con la pareja durante el embarazo y parto, el cuidado y crianza de los hijos e hijas. Siendo el eje de análisis las relaciones de poder.

La denegación de los derechos sexuales y reproductivos trae graves consecuencias en primer lugar y sobre todo, para las mujeres¹⁶, por lo que su

¹⁴ Fondo de Población de Naciones Unidas. 1997. El Derecho a Elegir: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.

¹⁵ También planteados por otras nuevas prácticas, la fertilización in vitro, por ejemplo.

¹⁶ Efectos de denegar los derechos sexuales y reproductivos:

- Cada Año, 585 mil mujeres -una por minuto-, pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo.
- Cada año se producen unas 200 mil defunciones relacionadas con la maternidad a consecuencia de la falta de servicios anticonceptivos o la deficiencia de éstos.
- Hay aún entre 120 y 150 millones de mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos pero carecen de los medios para lograrlo de manera efectiva.
- De un total de 175 millones de embarazos por año, 75 millones son embarazos no deseados; estos resultan en 45 millones de abortos y más de 30 millones de nacidos vivos.

cumplimiento se vuelve en un criterio de la situación de igualdad o desigualdad y discriminación en un país concreto.

Por eso, las conferencias y tratados internacionales han reconocido que es preciso apoyar a las mujeres para que se liberen de la pobreza, que es la principal expresión de la inequidad de género, la inferioridad social y la dependencia. Esto, en nombre de la justicia y con el propósito de asegurar la vigencia de los derechos humanos de la mitad de la humanidad.

La reducción de la mortalidad materna es un indicador socioeconómico que manifiesta el compromiso de un país en la reducción de las desigualdades de género, y se convierte en requisito para acceder a fondos de cooperación internacional.

Los derechos con relación a la **maternidad segura**¹⁷, se derivan de Derechos Humanos relacionados a la vida, a la sobrevivencia, y a la seguridad de la persona:

- Derechos relacionados a la maternidad y a la salud
- Derecho a la no discriminación y debido respeto por las diferencias
- Derechos relacionados con la información y la educación.
- Con relación al derecho a la vida, implica que el Estado deber adoptar medidas positivas, por ejemplo, aquellas medidas que reduzcan la mortalidad materna y mejoren la calidad de vida de las mujeres. Otra medida es que los estados produzcan datos relacionados con la muerte de mujeres embarazadas.

-
- Cada año, a raíz de abortos en malas condiciones, 70 mil mujeres pierden la vida; un número desconocido padecen infecciones y otras enfermedades.
 - Cada año, 1 millón de personas mueren a raíz de infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH/SIDA. Se estima que cada año hay 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual.
 - En muchos países, seis de cada 10 mujeres padecen una enfermedad de transmisión sexual; esas mujeres enfrentan mayores riesgos de infertilidad, cáncer de cuello, útero u otras graves enfermedades.
 - En 1996, 3.1 millones de personas se contagiaron con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que más tarde causa el SIDA.
 - Hay 120 millones de mujeres que han sufrido mutilación genital femenina. Cada año hay otras dos millones que están en situación de riesgo.
 - Van en aumento los casos de violación y otras formas de violencia sexual.
 - Al menos 60 millones de niñas han desaparecido de la población debido a abortos para seleccionar el feto en función del sexo.
 - Cada año, 2 millones de niñas entre 5 y 15 años de edad son introducidas en el mercado comercial del sexo.
 - Casi 600 millones de mujeres son analfabetas en comparación con unos 320 millones de hombres.

¹⁷ World Health Organization. 2001. Advancing Safe Motherhood Through Human Rights. Occasional Paper 5. Geneva.6.

Los derechos relacionados a la maternidad y la salud incluyen protección en general a la maternidad; protección de la maternidad durante el empleo, y derechos relacionados a la libre elección de la maternidad, al matrimonio y a la libre fundación de la familia y a tener una vida privada y familiar. En particular, reconoce que para todos los actos relacionados con el matrimonio y la maternidad, se debe garantizar el derecho al consentimiento totalmente libre e informado.

Derecho a la no discriminación y respeto por la diferencia. Esto implica la obligación del Estado para asegurar la plena vigencia de todos los derechos reconocidos a las mujeres, sin discriminación de ninguna clase en razón de raza, color, sexo, lenguaje, religión, opiniones políticas o de otra naturaleza, origen natural o social, propiedad, nacimiento u otro estatus. Este último incluye en el caso de la maternidad segura, residencia rural y pobreza.

Derechos relacionados con la información y la educación. Tradicionalmente el derecho a la información ha sido comprendido como la necesidad de garantizar la búsqueda libre de información e ideas, recibirla e impartirla, libre de interferencia gubernamental. Actualmente se comprende como las obligaciones concretas e inmediatas que tienen los gobiernos de proveer la información que es necesaria para la promoción y protección de la salud reproductiva, y para elegir libremente, y no solamente interferir con su provisión.

Por otra parte, siendo bien conocida la relación entre acceso de las niñas a la educación, alfabetización y reducción de la mortalidad materna, los gobiernos están obligados a proporcionarles educación.

Derivado del marco de **los derechos reproductivos**, el compromiso de los gobiernos se concretiza en los modelos de atención contruidos para asegurar una maternidad sin riesgos.

Según Ann Starrs¹⁸ la mayoría de las muertes maternas tiene lugar después del parto (45%), generalmente durante las 24 horas siguientes; durante el embarazo ocurren aproximadamente un 25%¹⁹; y alrededor del 15% ocurre durante el parto. El resto de muertes maternas ocurre por causas indirectas, producidas por enfermedades como la malaria, la anemia o la diabetes que empeoran durante el embarazo.

También hay que asegurar la estructura de los servicios de atención, lo que implica proporcionar adecuada atención prenatal que permita corregir el estado de salud de la mujer, darle micronutrientes, inmunizaciones con toxoide tetánico, detección de mujeres que sufren violencia, pruebas voluntarias de detección VIH

¹⁸ The Safe Motherhood Acting Agenda: Priorities for the next decade, Informe sobre Safe Motherhood Technical Consultation. New York: Family Care International, 1998. Citado en Ransom, Elizabeth, Yinger, Nancy. Julio 2002. Por una Maternidad sin Riesgos. Population Reference Bureau. Washington. D. C.

¹⁹ Incluye abortos, placentas previas.

y asesoría al respecto; información sobre los signos de alerta sobre durante el embarazo y el parto, así como dónde buscar ayuda en casos de emergencia. Asimismo incluye proporcionar información sobre lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos.

En tanto que la atención de parto se provee a través de los conceptos de Atención Obstétrica Esencial y Atención Obstétrica de Emergencia. La OMS ha determinado los componentes de la Atención Obstétrica Esencial (AOE): los centros de AOE deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencia calificada, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un centro AOE integral, en caso necesario.

Los componentes claves de un centro AOE básico son:

- a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes);
- b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia);
- c) procedimientos manuales (retirar placenta, coser desgarros o episiotomías);
- d) vigilar la dilatación (incluido partógrafo);
- e) atención neonatal básica.

La AOE integral incluye todos los servicios de AOE básica, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea. También brinda las intervenciones necesarias para embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto.

Para brindar la atención propuesta se necesita personal calificado, sin embargo su existencia no garantiza, por sí misma, la atención oportuna y adecuada porque las mujeres sufren múltiples retrasos en la búsqueda de atención de emergencia, como por ejemplo los siguientes:

1. No reconocer signos de peligro
2. Posponer la decisión de buscar atención
3. Tardanza en acudir al lugar de la ayuda
4. Atención deficiente o lenta

Para cada retraso se han propuesto soluciones normativas:

1. Elevar la conciencia en las comunidades sobre los signos de complicaciones graves, educando a las mujeres, sus compañeros y familia sobre dónde y cuándo buscar ayuda para responder a estas complicaciones.
2. Alentar a la familia y a los estados a establecer planes de acción para enfrentar emergencias obstétricas. Elevar la condición social de la mujer para que pueda tomar decisiones. Mejorar los lazos entre las comunidades y

proveedores de atención sanitaria, mejorar la relación entre los curanderos tradicionales y el personal de salud capacitado.

3. Mejorar la capacidad de los proveedores de servicios para relacionarse con sus clientes, alentar a las comunidades a crear programas de seguros para compartir los costos de servicios de emergencia; y alentar a las adolescentes, mujeres casadas y solteras, y a los diferentes grupos étnicos y lingüísticos que se muestran renuentes a utilizar los servicios de salud a que acudan a estos.
4. Alentar a las comunidades a crear planes de transporte para emergencia. Mejorar las carreteras y otros sistemas de transporte. Mejorar los sistemas de remisión de pacientes entre las comunidades y los proveedores de atención sanitaria, y crear casas de maternidad para mujeres que esperan dar a luz.
5. Mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud, lo que implica mejorar la capacidad técnica y de relación personal entre los proveedores de servicio, así como su incentivo y desempeño profesional.
6. Establecer normativas nacionales sobre la forma de tratar las complicaciones obstétricas, capacitar al personal de los establecimientos de salud para que puedan reconocer que pacientes presentan complicaciones graves y proceder a admitirlos.
7. Asegurar suministro continuo de medicinas de emergencia, equipo esencial, reservas de sangre y el nivel adecuado de personal en los establecimientos de salud. Proporcionar servicios las 24 horas en los centros de atención obstétrica de emergencia.
8. Mejorar los sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los establecimientos de salud. Se requiere optimizar la comunicación entre las unidades que proporcionan la atención médica para generar mayor remisión de pacientes, y asegurar que los estudios que cursan los proveedores de atención, incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencia obstétricas.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El presente capítulo contiene una descripción de la naturaleza de la investigación, la definición del problema en estudio, objetivos, el marco metodológico, sus pasos, y la participación de los informantes clave(s) en el proceso de investigación.

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente es una investigación cualitativa, interpretativa y participativa, con enfoque de derechos reproductivos, género, generacional, y sociocultural; tomando como concepto clave la Maternidad para el análisis de las variables de estudio, y realizada con la metodología de “Evaluación Rápida Participativa”.

3.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

Se entiende por **muerte materna** la que “ocurre a la mujer durante el embarazo hasta 42 días después del alumbramiento, por alguna causa relacionada o agravada por la gravidez”²⁰.

Las causas pueden ser de origen obstétrico directo: pre-eclampsia, eclampsia, retención de restos placentarios con hemorragia o infección, atonía uterina, aborto. Asimismo puede estar ocasionada por causas indirectas: agravamiento de enfermedades crónicas pre-existentes como insuficiencia cardiovascular, hepática, renal, infecciones como tuberculosis, malaria y diabetes, afecciones que se agravan con el embarazo.

A las causas médicas es necesario adjuntar aquellas derivadas de factores del comportamiento reproductivo y de concepciones socioculturales en relación con los eventos de la maternidad. Esto constituye el problema de estudio de esta investigación.

3.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Objetivo General

Profundizar en el análisis de la Muerte Materna en Honduras, mediante la indagación de: **creencias, conocimientos, valores, actitudes y prácticas** de los y las formuladores de políticas públicas en salud, prestatarios, usuarias y no usuarias de servicios de atención materna en Honduras, en el 2003.

3.3.2 Objetivos específicos

- Conocer los **factores** que **influyen en el concepto de maternidad** y cómo afecta a las usuarias, sus maridos, las parteras y la comunidad.
- Describir la **influencia** que el **concepto de maternidad** tiene en la formulación y prestación de servicios obstétricos en Honduras.

²⁰ X Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud OMS.

- Conocer cuáles son las **estrategias** sugeridas por los **actores sociales** para disminuir la mortalidad materna.
- **Recuperar buenas prácticas** para reducir la Muerte Materna.

Estos objetivos se operativizaron con las siguientes variables:

3.4 TIEMPO Y EXTENSIÓN DEL ESTUDIO, EQUIPO INVESTIGADOR

Esta investigación tuvo una duración de cuatro meses comprendidos entre el 6 de Enero y el 6 de abril del año 2003. El equipo de consultores estuvo conformado por Sylvia Torres, candidata a doctora en Antropología cultural, experta en Género, y Santiago Sequeira, médico psiquiatra y salubrista, experto en Masculinidad. La Licenciada Laura Martínez fungió como Asistente de Investigación.

3.5 SELECCIÓN DEL ÁREA Y DE LA POBLACIÓN META

Los criterios de selección del área de estudio y la población fueron los siguientes:

- Zonas de concentración de alta incidencia de mortalidad materna.
- Zonas de concentración de baja o menor incidencia de mortalidad materna.
- Zonas de concentración población indígena (norte).
- Zonas de población urbana.
- Zonas de población rural.
- Zonas de trabajo con participación comunitaria.
- Zonas de alta incidencia de VIH-SIDA.

De esta manera de común acuerdo con la Secretaría de Salud se determinó realizar el trabajo de campo en los siguientes lugares:

- 1) Las Crucitas y Nueva Suyapa, Tegucigalpa, Francisco Morazán: Región Metropolitana.
- 2) San Marcos de Sierra, La Esperanza, Intibucá: Región Sanitaria II.
- 3) Choloma y San Pedro Sula; Cortés, Región Sanitaria III.
- 4) Tornabé, Sambo Creek, Corozal y La Ceiba, Atlántida: Región Sanitaria VI.
- 5) Salamá y Juticalpa; Olancho: Región Sanitaria VII.

3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Matriz de diseño de la investigación. Esta incluyó las variables para alcanzar cada objetivo, los indicadores que caracterizan esas variables y los instrumentos y fuentes que deben consultarse para obtener información sobre cada indicador propuesto.
- Guía de recolección de información en fuentes secundarias.
- Guía de entrevista a informantes claves del Estado.
- Guía de entrevista a informantes claves de la sociedad civil.
- Guía de entrevista a usuarias.
- Metodología para Taller de Sensibilización.
- Metodología para Taller de Información de Avances.

Estas guías se elaboraron en base a las variables y los objetivos establecidos para la investigación, y antes de aplicarlas se realizaron pruebas piloto(s) para comprobar si respondían a las necesidades de información planteadas en el diseño.

3.8 EL PROCESO METODOLÓGICO

En la presente Evaluación Rápida y Participativa se construyó conocimiento sobre la información cuantitativa y cualitativa de los diferentes actores/as sociales, y se enfatizó en el análisis de los diferentes discursos a fin de acercarse a los significados que envuelven la concepción, el embarazo y el parto.

La maternidad se define desde varios aspectos: lo médico-biológico, como institución sociocultural, como paradigmático de la construcción genérica, y como objeto de políticas públicas a través de la concepción de derechos reproductivos. De las concepciones alrededor de la maternidad se desprenden prácticas sobre el autocuidado de la embarazada, la identificación de los riesgos y de las situaciones de urgencia por parte de la comunidad y de quienes prestan servicios de salud tradicionales e institucionales.

Siendo que una muerte materna es el resultado final de procesos que empiezan muchas veces con el nacimiento de una niña, en esta investigación se trabajó el concepto clave de la percepción de la maternidad que tienen los diferentes actores involucrados en el problema de estudio.

La Evaluación Rápida y Participativa resultó ser una metodología apropiada para ésta investigación, pues permitió acceder a información cuantitativa existente²¹ en fuentes secundarias, así como valiosa información cualitativa en poder tanto de personas formuladoras y prestatarias de servicios de salud, como de las usuarias, sus familiares y la comunidad.

²¹ Por ejemplo en las investigaciones de Meléndez, Ochoa y Villanueva (1997), (Ponce (1997), publicaciones demográficas y de salud.

Durante el proceso de diseño, trabajo de campo, análisis, de datos y elaboración del informe se realizaron consultas con otros especialistas, personas formuladoras de políticas, usuarias, mujeres miembros y no miembros del Movimiento de Mujeres.

El carácter participativo de la investigación permitió implicar a muchos de los actores involucrados, de manera que expresaran su discurso propio sobre la mortalidad materna, comparar sus elaboraciones con las de otros actores y establecer similitudes y diferencias. De esta manera se abordaron conjuntamente valores y creencias muchas veces asumidos como “naturales” y por tanto no susceptibles de discusión y cuestionamiento. Adicionalmente, la consulta permanente contribuyó a disminuir sesgos ocasionados por la cultura de los investigadores.

Como resultado se generó información realista y útil que fue incorporada dentro del mismo proceso investigativo, para delinear el perfil aquí presentado en un tiempo relativamente corto.

3.8.1 PASOS METODOLÓGICOS

3.8.1.1 EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se elaboró una matriz de diseño de la investigación especificando cada objetivo, y las variables a considerar fin de conseguir cada objetivo y los indicadores que permitieron caracterizar esas variables. A fin de involucrar a la mayor cantidad de personas posibles en el proceso de investigación, y como una actividad de sensibilización se discutió el diseño y enfoque de investigación con:

- Personal de la Secretaría de Salud de Honduras, específicamente con la Dirección de Promoción y Previsión de Salud, y los equipos técnicos de los programas de Atención Integral a la Familia y de Participación Comunitaria.
- Expertos de la Organización Panamericana de la Salud de Honduras.
- Líderes del Movimiento Feminista y de Mujeres.

De estas consultas surgió tanto el listado de informantes claves como la selección de las localidades a estudiar.

3.8.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron varias estrategias de recolección de datos. Las redes de informantes fueron seleccionadas de común acuerdo con el Programa de Atención Integral a la Familia. Para la organización de las visitas de terreno se

contó con el apoyo de las técnicas materno-infantil de las regiones sanitarias donde se realizó la investigación.

Las entrevistas a profundidad y grupos focales, se realizaron de manera simultánea y fueron conducidas de acuerdo con las guías diseñadas. Los aportes de los participantes fueron transcritos por el equipo investigador. Las entrevistas duraron un promedio de una hora, mientras que los grupos focales tomaron de una a dos horas.

Las personas participantes en los grupos focales de usuarias, adolescentes y hombres fueron seleccionados al azar entre los y las asistentes a las Unidades de Salud el día de la visita del equipo investigador. Las parteras que participaron en el estudio fueron las que al momento de la investigación estaban vinculadas al sistema de salud.

3.8.2 ACTIVIDADES REALIZADAS²²

En total se realizaron las siguientes actividades

Actividades	Formuladores (as)	Prestatarias (os)	Usuaris	Comunidades
Talleres de sensibilización Sobre enfoque y diseño (6)	<ul style="list-style-type: none"> 3 equipos regionales. 3 directores regionales 			Líderes nacionales Movimiento de Mujeres. Secretaría de Salud.
Entrevistas a Profundidad (27)	<ul style="list-style-type: none"> 2 Funcionarias INAM 	4 gineco obstetras. 3 epidemiólogas. 3 técnicas. Materno Infantiles 3 enfermeras responsables de Área. 2 enfermeras asistenciales.		6 líderes Mov. de Mujeres 2 Alcaldes 1 Vice Alcalde 1 Tesorero Patronato Casa Materna

²² Ver Lista de Personas Participantes en Anexo # 1

Grupos focales (24)		<p>1 con 5 docentes Escuela de Aux. de Enfermería. 2 con 14 Internos Facultad de Medicina</p> <p>2 con 10 Médicos en Servicio Social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 7 c/ 30 Usuarías. • 3 c/ 27 Adolescentes. • 4 c/ 55 hombres • 2 con 13 parteras. • 1 con 5 personas conviviendo con VIH. • 1 con 7 usuarias Casa Materna y Familiares 	
Investigación de Muerte Materna en el terreno				2

En total se realizaron 6 talleres de sensibilización con personal de la Secretaría de Salud, Movimiento de mujeres, 27 entrevistas a profundidad y 23 grupos focales de usuarias, hombres, adolescentes-as, parteras, docentes de Enfermería, Médicos internos y en Servicio Social y con personas viviendo con VIH-SIDA.

En el proceso de recolección de información se tuvo cuidado de incorporar nuevos énfasis proporcionados por las personas entrevistadas, compararlos con los resultados del trabajo en otras localidades e incorporar estos aportes al trabajo posterior. Algunas de las apreciaciones proporcionadas por los informantes claves, por ejemplo; el crecimiento en la frecuencia de adolescentes embarazadas por hombres mayores, o el ocultamiento de embarazos extramaritales de las esposas o compañeros de los hombres migrantes como causa contribuyente a la muerte materna, no fueron comunes a todas las regiones sanitarias. De ésta manera se obtuvo una primera aproximación a los objetivos propuestos.

De manera constante se mantuvo coordinación con la especialista de la Política Nacional de la Mujer en el eje de salud del INAM, licenciada Ritma Loyda Cloter, estableciéndose reuniones periódicas para establecer coordinaciones y compartir avances de la investigación.

3.8.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez reunida y transcrita la información se procedió a analizar la misma, clasificándola alrededor de las variables establecidas, y según el *Diagrama de Venn* se organizaron las respuestas de acuerdo con la fuente de la misma. Se realizó un cruce de variables. En este ejercicio se encontró importantes diferencias en las percepciones de hombres y mujeres con relación a la muerte materna; con relación a las zonas geográficas, las diferencias están dadas por la lejanía o cercanía de los centros urbanos y menos por la pertenencia a una etnia, salvo en el caso de los garífunas, entre quienes la diferencia la hace un movimiento de autonomía étnica y de género.

3.8.4 INFORME FINAL

Se preparó un Informe de Avances, que fue presentado para su discusión a la Ministra del INAM y a la Asistente del Proyecto Puente y al personal del Programa de Atención Integral a la Familia de la Secretaría de Salud. Una vez que el documento fue enriquecido con las observaciones de expertas del Instituto Nacional de la Mujer, se procedió a elaborar el Informe Final.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Factores que influyen en el concepto de **maternidad** en Honduras

¿Para qué tener hijos? “Para ser mujer de verdad”. “Alguno ha de salir bueno, que lo cuide a uno”. “Darle todo lo que yo no tuve”.

La mayoría de las mujeres entrevistadas reconoce que en la sociedad hondureña, el mandato cultural de ser madres tiene un peso muy importante en la formación de las mujeres. Se piensa que la maternidad válida socialmente es la biológica, porque es muy importante para las personas en general “ver cómo pinta la sangre”, expresión que refiere a la reproducción de los rasgos físicos genéticamente producidos.

Se considera un destino natural para todas las mujeres el ser madres. En las zonas campesinas la motivación es además tener y criar hijos e hijas para asegurar el cuidado durante la vejez de las madres. En el caso de las zonas más urbanizadas, otra motivación es la de llenar carencias materiales y emocionales sufridas por la futura madre en su propia niñez. En muchas comunidades, especialmente en las comunidades garífunas, la comunidad se solidariza con las madres estériles “regalándoles” hijos.

Otra motivación para la maternidad es completar la masculinidad de su pareja, permitiendo constatar su capacidad de engendrar, y secundariamente acceder al estatus de padre ante los otros hombres de la comunidad.

Muchas mujeres no conciben una relación estable sin hijos e hijas de por medio, se conciben a los hijos y las hijas como la razón para formar pareja. El afecto y la atracción no se consideran suficientes para mantener una pareja unida.

La mayor parte de las mujeres se visualizaron siendo madres desde muy corta edad, pero llegaron al embarazo con muy poca o nula información sobre sexualidad, embarazo y parto.

A pesar de que se intencionó la recolección de información en zonas indígenas como en San Marcos de la Sierra, y en comunidades garífunas del departamento de Atlántida en esta investigación no se recogieron datos suficientes como para establecer diferencias de enfoques sobre la mortalidad materna basadas en diferencias étnicas.

Sí se encontraron prácticas culturales diferentes con relación al papel de la comunidad en el cuidado de los niños y las personas de la tercera edad y las auto representaciones de la sexualidad que tiene de la población garífuna. En estas comunidades el rol maternal, o de cuidado de los niños, niñas y ancianos (as) es

comunitario; mientras que en las comunidades indígenas aunque existen familias extendidas la responsabilidad de los niños y niñas se presenta más circunscrita a la familia consanguínea.

Con relación a la sexualidad, en las comunidades garífunas se encontró que aún muchos hombres y mujeres asumen como verdaderas y “naturales” imágenes que presentan a toda la población afro hondureña como personas hyper sexuales. Este tipo de representaciones homogenizadoras de una población que es heterogénea esta asociada, y contribuyen a reproducir, estereotipos raciales. En la población indígena de Intibucá se considera la sexualidad como un tópico del cual no se debe hablar.

Otra diferencia cultural importante es que dada las condiciones históricas de marginación de la población garífuna la afirmación del orgullo étnico es clave para asegurar el éxito de cualquier acción social. Este enfoque de identidad no se ha trabajado en el resto de población estudiada.

Se identificaron marcadas diferencias y similitudes con relación a las creencias y prácticas relacionadas con la muerte materna a partir de la cercanía o no de la población con los centros urbanos. Por eso éste análisis se organiza a partir sobre todo de la variable urbano / rural.

En las zonas campesinas los mensajes educativos procedentes de la familia, especialmente de las madres y de las abuelas, se limitaron al mandato de “no dejarse tocar para no salir embarazada”, lo cual en muchos casos se interpreta como si el tocar cualquier parte del cuerpo resultaría en embarazo. La vaguedad de la formulación, manifiesta la dificultad para hablar concretamente de los órganos y sensaciones sexuales, y de los hechos de la reproducción.

En las zonas más urbanizadas, las mujeres que acudieron a la escuela tuvieron acceso a información, pero ésta se limitó a “conocer las partes”, es decir a conocer la modificación de los órganos sexuales durante la pubertad, y para las mujeres, la existencia de la menstruación. No se profundizó en hechos de la reproducción como el cortejo, el deseo sexual, la planificación familiar o el derecho a rechazar una propuesta sexual.

Al comentar sobre el embarazo en adolescentes, las mujeres mayores de 40 años señalaron que su primer embarazo ocurrió después de los 18 años y atribuyen esto a que sus padres y madres las criaron de manera más “rígida”. De la misma manera señalan que entonces los padres y madres tenían mayor autoridad sobre las hijas e hijos.

En el caso de las adolescentes, como no se nombran las partes erógenas y las sensaciones placenteras, muchos coitos ocurren fuera del poder de decisión de las mujeres. El coito y el embarazo son eventos en los que ellas son participantes pasivas, debido a las nociones de “pudor” establecidas se supone

que las mujeres no deben tener deseo, sino “ser deseadas”, y por tanto es generalmente inadmisibile que ellas hablen de sexo, y menos aún, tomen precauciones como andar un condón en su cartera. De esta manera cuando llega el momento de tener relaciones sexuales las muchachas no tienen ninguna protección frente al embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual.

“Hay que pensar la crianza, criarlos para poderlos asistir, si tiene uno muchos hijos, ni se crían, se mueren” Usuaría, San Marcos de la Sierra.

La mayoría refiere que le gustaría tener menos hijas e hijos que los que tuvieron sus madres y sus abuelas. En general aceptan como ideal tener entre dos y cuatro hijos e hijas. En las zonas más urbanizadas las prestatarias reportaron que las mujeres buscaron activamente “medicinas”²² en los Centros de Salud para interrumpir embarazos no deseados. Sólo una de las entrevistadas dijo que de su parte hubiera tenido un sólo hijo.

De las personas entrevistadas, salvo las líderes feministas y del movimiento de mujeres, y las enfermeras que trabajan en atención a la mujer, muy pocas mujeres tienen información sobre los derechos sexuales y reproductivos. A pesar de la oposición beligerante de muchos líderes religiosos, hay mucha aceptación a (de) la planificación familiar. El discurso más efectivo en la aceptación y promoción de ésta, es aquel que plantea como fin la salud y la sobrevivencia de los niños y las niñas.

“Hace diez años una mujer murió de parto en mi comunidad, yo me dije: eso a mí nunca me va a pasar”. Usuaría de Salamá

En general, el embarazo se vive con el temor a la muerte de la madre, y a que el o la bebe nazca con deformaciones. Temores que se acrecientan durante el parto. Las madres viven de manera íntima el temor a la muerte, este temor se refuerza con la memoria histórica de muertes maternas ocurridas en su ámbito personal o comunitario. Defunciones ocurridas hace diez o veinte años se cuentan como si se hubiesen dado en el presente.

Este temor no se corresponde en la mayoría de los casos con una cultura de autocuidado de parte de las madres y de quienes las rodean. Como ejemplo está que la gran mayoría de las usuarias entrevistadas acudieron a su primer control en los últimos meses del embarazo, y/o hasta que pensaban que sufrían alguna complicación.

A los temores por los peligros que conllevan el embarazo y el parto, muchas mujeres han agregado en la actualidad el temor de ser infectadas por el VIH, sobre todo en las zonas de mayor incidencia de esta epidemia. Las mujeres hablan entre ellas de la amenaza, pero muy pocas ha hablado del tema con los

²² Infructuosamente, dadas la prohibición expresa sobre el aborto contenida en la legislación hondureña.

maridos, porque temen que el marido responda agresivamente acusándolas de ser infieles o de estar infectadas. Una reportó que cuando habló con el compañero de vida sobre el peligro del Sida, éste le dijo que si resultaba infectado se “llevaría con él al menos a unas doce mujeres”.

Mientras más conocimiento tienen las mujeres sobre el comportamiento promiscuo de sus maridos, más temores tienen. Nuevamente la preocupación que manifiestan está centrada en los otros, en este caso, las hijas e hijos, a quienes no quieren dejar solos en caso de morir.

Las mujeres seropositivas manifestaron que ni antes ni después de conocer del contagio, pudieron tener una conversación con sus maridos sobre el tema. Estas mujeres afirman que la negativa de los hombres a hablar, es correlativ(o) a su renuencia a buscar ayuda²³ e influye en el hecho de que ellos se mueran más rápido.

“Los hombres no tienen lástima de las mujeres” Usuaría de Corozal

Muchas mujeres sienten que a sus maridos o compañeros de vida les incomoda el hecho de estar embarazadas y se sienten rechazadas; de necesitar ayuda acudirían a familiares o vecinas. En general los hombres no se involucran en el cuidado del embarazo ni las mujeres lo demandan. En casos extremos reportaron que los maridos no permiten que las mujeres vayan a chequearse al Centro de Salud, aduciendo razones económicas, para que no desatiendan a los hijos e hijas, o porque no quieren que otros hombres les vean “las partes” a sus mujeres.

Las prestatarias reportaron que muy pocas mujeres llegan a los Centros de Salud a buscar atención por aborto espontáneo, pero se reporta que en los hospitales se atiende una gran cantidad de abortos. Por una parte esto se relaciona con que las mujeres buscan atención en los últimos meses del embarazo, y por otra parte a que la legislación sobre el aborto atemoriza a las mujeres.

Las usuarias entrevistadas manifestaron satisfacción con la atención preclínica otorgada por la enfermera, con los médicos la relación es más efímera y distante. En las zonas menos urbanizadas, algunas usuarias manifiestan que no han usado o no usarán los servicios hospitalarios porque han vivido, o porque han oído decir que reciben maltrato, o porque les realizan procedimientos como “partirlas o unir las”, realizar cesáreas o episiotomías.

Hablan los Hombres:

“Cuando a uno le gusta una mujer, lo primero que quiere es que le tenga un hijo”

“Sucedió lo que tenía que suceder”

²³ Directivos de Asonapsida, dijeron por ejemplo, que sólo un 20% de sus asociados son mujeres.

La mayoría de hombres entrevistados considera que el rol más importante de las mujeres es el de ser madres. No representan el embarazo como un asunto de dos, más bien separan el ejercicio de su sexualidad, de la posibilidad de engendrar, de la responsabilidad de ser padres, en el sentido de criar y educar.

“Si me hubieran preguntado antes lo que sabía sobre las responsabilidades de la paternidad, la hubiera pensado dos veces antes de ser padre”. Usuario Consejería de Familia

De los varones entrevistados tanto rurales como urbanos, no se reporta que en su infancia se hayan visualizado como padres en algún momento. Tener relaciones sexuales, engendrar, conocer “la pinta” de su sangre, y seducir mujeres confirma la hombría de muchos varones pues se percibe que engendrar agranda el estatus y prestigio frente a los otros hombres.

En la satisfacción de ver como “pintó” su sangre los hombres favorecen la “pinta” que se expresa en hijos varones, porque se percibe que las hijas mujeres corresponden a las madres y los hijos varones a los padres. Esta correspondencia no se relaciona con labores de cuidado y crianza.

Independientemente de su formación y posición social, muchos de los entrevistados, perciben a las mujeres como tentadoras y tramposas, abundando las historias de muchachas y especialmente mujeres mayores que iniciaron sexualmente a los hombres o los buscan para seducirlos y quedarse con ellos.

En estas representaciones las mujeres también aparecen como culpables de despertar los instintos sexuales masculinos, los que a su vez se perciben como incontrolables. En todo caso ellas son culpables de la promiscuidad masculina porque *“siempre, siempre hay oportunidad, y qué va a hacer uno”, “pasó lo que tenía que pasar”*. Al distanciarse de la responsabilidad de su respuesta sexual, declina o rechaza los embarazos surgidos de estas circunstancias.

Entre los hombres en relaciones de pareja estable, y especialmente los de mayor edad y que habitan zonas menos urbanas, existe resistencia a que las mujeres usen métodos anticonceptivos. Alegan que usar métodos anticonceptivos favorece la infidelidad. Para estos hombres la prueba de fidelidad femenina es que los productos del embarazo se parezcan físicamente a él. Asimismo muchos de los entrevistados creen que la mujer que usa anticonceptivos se vuelve estéril, y que una mujer estéril “no sirve en la cama”.

En las zonas más urbanizadas el personal de salud reportó que a los hombres les disgusta que las mujeres usen métodos anticonceptivos, pero que se enojan cuando salen embarazadas y las responsabilizan de los embarazos.

En las zonas más urbanizadas, los adolescentes varones plantean que es mejor ser padres cuando están jóvenes puesto que en el futuro *“nadie sabe lo que puede pasar”*²⁴, haciendo con ello referencia al hecho de que en cualquier momento pueden ser víctimas fatales de la violencia social.

Algunos hombres perciben los temores de las mujeres sobre los peligros que conlleva el parto, pero no se sienten en capacidad de compartírselos. Otros perciben que las mujeres exageran sus malestares. En general la mayoría de los hombres entrevistados no asume que tiene funciones en cuanto el cuidado del embarazo de la mujer, y no conoce de los factores de riesgo que pueden volver mortal un embarazo.

No obstante lo anterior, las y los prestatarios de servicios institucionales y tradicionales reconocen que en los extremos del proceso reproductivo, engendramiento y complicaciones, son mayoritariamente, los maridos quienes tienen el poder de decisión.

Con relación al Sida, la mayoría de los hombres adultos entrevistados se mostraron evasivos cuando se abordaron temas relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual y el Sida. En principio se produjeron largos silencios e incomodidad evitando respuestas directas. Esta actitud fue general, salvo entre los adolescentes y los guardianes de salud.

En los lugares en donde los hombres han sido informados y motivados para promover medidas para evitar muerte materna y la planificación familiar, y otras tareas realizadas con la salud, éstos participan activamente en el cuidado del embarazo de sus compañeras y en la planificación de su familia. En las comunidades éste cambio funciona como vitrina para mostrar un nuevo comportamiento, como se puso en evidencia entre los hombres guardianes de salud de San Marcos de Sierra y entre hombres trabajadores de las maquilas de Choloma. Cabe destacar que en ambos territorios se ejecutan programas comunitarios de formación sobre salud sexual y reproductiva y de prevención de violencia intrafamiliar. En San Marcos de Sierra, la asimilación de contenidos y las prácticas consecuentes son favorecidas por un trabajo incipiente de identidad étnica.

Cuando el cambio de actitudes con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres es apoyado por la autoridad municipal, crece en la comunidad la conciencia sobre los riesgos y la movilización ante las urgencias.

La Maternidad y el Personal de Salud

²⁴ En Tegucigalpa casi todos los adolescentes varones participantes en el grupo focal tienen familiares o amigos fallecidos por causa de violencia social.

Las concepciones sobre la maternidad como destino y obligación principal de las mujeres, es compartida por muchas de las mujeres y de los hombres que brindan servicios de salud. En lo que concierne a la prestación de servicios, se asume como natural que los maridos estén ausentes en los controles prenatales, y además que en los hospitales no se facilite la presencia de ellos durante el parto.

Entre muchos de los médicos generales y gineco-obstetras, existe la percepción de que las mujeres no son responsables con su sexualidad y a menudo son infieles a sus maridos. Asocian lo que perciben como sexualidad irresponsable con el ejercicio de una maternidad irresponsable; que también se expresa en la ausencia de cuidado durante el embarazo –por ejemplo no asistiendo a los controles-, lo que resulta en complicaciones médicas que recargan los servicios y al personal de salud.

Entre los y las prestadores de servicio, también existe la percepción que entre la población de mujeres de sus áreas de influencia, hay un alto número de embarazos no planeados y muchos no deseados. En el extremo de los no deseados están aquellos que demandan abiertamente métodos para interrumpir el embarazo, y sobrecargan las consultas médicas, porque *“todo les molesta y todo se lo achacan a la panza”*.

También hay una disonancia entre lo estipulado por la norma y las posibilidades del sistema de proporcionarlas. Por ejemplo:

Los ginecólogos tienen turno de presencia sólo por las mañanas y no pueden hacer más de 10 turnos al mes. También influye la falta de recursos calificados; por ejemplo, la norma establece que una mujer referida debe ser atendida por una persona con mayor calificación; sin embargo ocurre que la mujer es recibida por un médico general o en servicio social, que en muchos casos hace una valoración diferente del riesgo.

Madres adolescentes

Con relación al embarazo en las adolescentes, las prestatarias de salud han encontrado que una de las razones serían los mensajes diferenciados que se envían para adolescentes hombres y mujeres. Mientras al varón se le orienta, se le promueve y empuja a tener relaciones sexuales y se les dice: protéjense, para las niñas el sexo no existe, no se les orienta.

Asimismo encuentran que un porcentaje importante (estimado en un 14%), busca activamente embarazarse para que el muchacho se la lleve a vivir a la casa, y así huir de malos tratos o alcanzar una vida de mayor libertad.

Con relación al cuidado durante el embarazo, en la clínica de adolescentes se brinda atención psicológica. Las mayores de edad acuden a controles y buscan cómo planificar, pero las niñas menores de 15 años no asimilan estar en situaciones de

embarazo, ni tienen idea de la responsabilidad que implica. Generalmente es la madre o tía de la niña quien la auxilia. Las prestatarias de salud perciben que la mayoría de embarazos en menores de 14 años son producto de incesto o violación.

Algunas prestatarias responsabilizan a la cultura de socialización de las niñas, pues piensan que las madres se desatienden de las niñas cuando alcanzan el sexto grado. Esto se debe a que creen que las niñas ya están listas para embarazarse y que una vez embarazadas, el ingreso familiar se podría incrementar con el aporte que ésta haga a los ingresos familiares. Estas percepciones requerirían ser profundizadas para determinar su validez, puesto que podrían arrojar luces sobre el tratamiento y la prevención de embarazos en adolescentes.

Debido a la formación recibida en la universidad, se percibe una apropiación importante del enfoque de salud sexual y reproductiva entre las enfermeras profesionales y las auxiliares, y muy poco conocimiento del mismo entre el personal médico.

Municipalidades

En los municipios pertenecientes al programa “Municipios Saludables” hay apropiación desigual del discurso del enfoque de riesgos. En uno de los municipios el alcalde, vice alcalde y regidores juegan un papel de aseguramiento de atención y referencia, mientras que en otros la participación es activa en cuanto al aseguramiento material, pero es muy pobre en cuanto a la promoción y diseminación del enfoque de riesgo.

II Influencia del concepto de la Maternidad en la prestación de Servicios Obstétricos

Entre las personas entrevistadas se encuentran diferentes tipos de médicos y médicas en internado y servicio social, los gineco-obstetras, directores de servicios hospitalarios y centros de salud, médicas/os epidemiólogas/os(,) y médicas/os formuladores de políticas, planes, proyectos y programas. Algunos enfoques son coincidentes, otros no.

Independientemente del enfoque de salud sexual y reproductiva establecido en las políticas de salud, son las creencias y convicciones personales de los y las prestatarias a los que determinan el mensaje y la práctica final. Por ejemplo, a pesar que existen normas de atención obstétricas, muchos médicos internos y en servicio social no las conocen, y aplican el criterio clínico aprendido en la facultad.

Es común a los médicos internos, en servicio social y gineco-obstetras la noción de que la maternidad es un proceso médico biológico circunscrito a los cambios fisiológicos ocurridos durante la gestación,

Entre el personal médico en internado y servicio social, prevalece el enfoque de riesgo centrado únicamente en los aspectos médicos, es decir cuando hay una desviación del proceso fisiológico natural del embarazo; desestimando la importancia de los factores de riesgo social que manifiesta la falta de poder de las mujeres.

La falta de dominio sobre las causas y consecuencias de la falta de poder de las mujeres, específicamente en lo concerniente a la maternidad; dificulta el manejo de situaciones. Por ejemplo, se culpa a las mujeres por embarazarse sin respetar el espacio inter-genésico apropiado, sin entender que muchas veces el responsable es el marido que se opone a que la mujer planifique.

Otro ejemplo, es el enojo que les causa que las mujeres portadoras de VIH e infectadas por sus maridos se continúen embarazando, sin tomar en cuenta que muchas veces, el marido –que no acepta estar infectado- les impide la planificación.

Este tipo de situaciones repercute en los médicos y médicas, de manera que ellos culpan a las mujeres por los problemas que les acontecen, y aunque reconozcan que muchísimas mujeres se presentan a la consulta con señales de haber recibido violencia, no saben qué hacer al respecto y a la postre se vuelven indiferentes. Esto crea una distancia emocional hacia ellas y en muchos casos torna a la mujer en un objeto.

En los casos de embarazos de adolescentes menores de 15 años, las y los médicos internos y en servicio social se sienten desarmados para atender profesionalmente a estas niñas, más aún cuando se sospecha que son producto de incesto y violación.

Los gineco-obstetras estiman que el cuerpo médico no está consciente de la importancia de una maternidad sin riesgos o del impacto de una muerte materna y ponen como ejemplo que nunca se ha desarrollado una actividad en su hospital para subrayar la importancia de una muerte materna, por ejemplo, la realización de una autopsia verbal.

La idea de que las mujeres son responsables de los que les ocurre, vuelve invisible la problemática de sus muertes; despojando el hecho de la muerte materna de la significación de irrespeto de derechos fundamentales de esta persona. Por otra parte cuando se interpreta en un contexto, ya sea de carencia de recursos, o de ligereza en las decisiones de otro personal de salud en la red; nuevamente se pierde de vista el factor humano.

El personal prestador de servicios considera que el enfoque de riesgo es apropiado, pero estima que ni los hospitales de referencia ni las otras unidades del sistema disponen de todos los recursos humanos y materiales para enfrentar

las muertes maternas. En los hospitales esto genera la actitud de rechazar pacientes para evitar responsabilidades.

En estos casos se alega que el referente sobreestimó el riesgo. El resultado final es que la paciente de riesgo termina en un “limbo” y finaliza siendo atendida por una partera. Por ejemplo, una gestante de 15 años debe ser referida al hospital, pero el médico del hospital, si no encuentra anomalías en el proceso de parto la regresa al referente.

Asimismo aseguran que no existe un sentido de urgencia obstétrica, lo que ocasiona las referencias tardías, situación que se agrava porque no todas las unidades hospitalarias tienen laboratorios o bancos de sangre.

Las políticas de salud

En la **formulación** de las políticas de salud, se considera el embarazo como un proceso biológico que puede alterarse según enfoque de riesgos reproductivos. Se ha elaborado un programa nacional de maternidad segura y establecido un paquete de Normas para atención obstétrica que tienen carácter de Ley del Estado, lo que significa que son de obligatorio cumplimiento.

Este y otros elementos del marco legal no son conocidos por los y las prestatarias de salud. La consecuencia práctica es que el personal no incorpora su misión en un marco de derecho sino como una actividad asistencialista tradicional.

El enfoque alrededor de la maternidad sin riesgo que sustenta las políticas de salud del Estado hondureño, tiene como fundamento los convenios y tratados internacionales suscritos al respecto. En este sentido, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incorpora la lucha para erradicar la discriminación en contra de la mujer, así como la promoción integral de sus derechos, a través de la inclusión del enfoque de equidad de género.

El programa considera implícitamente que la mujer que demanda servicios tiene poder sobre sí misma, para actuar y tomar decisiones, lo cual contradice la práctica social, especialmente en las zonas más empobrecidas. Por ejemplo, en las normas de atención a la mujer se establece que hay que dar información sobre métodos anticonceptivos para que la mujer tome una decisión informada, no obstante, en la práctica los maridos tienen la última palabra.

En las normas no hay acciones que capaciten al personal para contrarrestar los factores de inequidad de género en la relación de pareja, como el señalado en el ejemplo dado.

Aunque hay claridad sobre la importancia del enfoque de riesgo, existe acuerdo en que este concepto es insuficiente porque limita el acceso a los servicios a las mujeres que no tienen riesgo.

En Intibucá y en Olancho, especialmente en este último; existe preocupación por el hecho que se reporten casos en que los maridos estén parteando a sus mujeres. No se logró hablar con ninguno de ellos, excepto en el caso de una investigación de muerte materna. En este caso hubo retención placentaria, pero el marido se negó a movilizar a su mujer a un Centro de Salud; cuando la presión de otros familiares logró que la trasladaran a un hospital, ésta se desangró en el camino.

Lo que opinan las enfermeras

En general las enfermeras entrevistadas se manifestaron comprometidas con el enfoque de Salud Sexual y Reproductiva, al grado de que fuera de su horario y ámbito de trabajo realizan captación de embarazadas para incluirlas en la atención institucional.

Como ellas cumplen también la función de dar consejería, muchas tienen un papel de liderazgo determinante para lograr la participación de la comunidad en las tareas de prevención de muerte materna. De esta manera se constituyen en importantes intermediarias entre la mujer, el marido la familia, y el resto de servicios de salud.

El posicionamiento del personal de enfermería, en muchas ocasiones se encuentra obstaculizado por la falta de una visión común con el personal médico. Especialmente porque aunque ellas tienen mayor experiencia, conocimiento de la zona, y formación específica sobre las normas de tratamiento de embarazo y parto, están subordinadas a los médicos.

Las enfermeras aprecian que se haya ampliado su rol para brindar atención obstétrica, sin embargo se quejan de estar recargadas de trabajo.

El papel de las parteras

Todas las parteras entrevistadas han recibido capacitación por parte de la Secretaría de Salud. Sin excepción, todas repiten el discurso alrededor del embarazo y parto con el enfoque de riesgo reproductivo, por lo que apoyan el parto institucional que en el programa de extensión de cobertura, abarca sobre todo el embarazo de riesgo.

Asimismo realizan el censo de mujeres en edad fértil y el censo de mujeres embarazadas en su comunidad. Dan referencias al Centro de Salud para controles y vacunas y atienden partos con la técnica de parto limpio. La atención al parto, en muchos casos, incluye la ayuda a la mujer en las actividades domésticas. Muchas parteras se encargan de llevarles comidas, lavarles la ropa y asearles la casa.

En muchos de los casos de emergencia viajan con ellas a los hospitales para ayudarles si el parto se adelanta en el camino, a veces financian el transporte con su propio dinero.

Más que como un empleo, la mayoría de ellas percibe su oficio como “el ejercicio de un don divino”, que les ha sido anunciado a través de “sueños” o revelaciones. Tienen alta dosis de confianza en sus destrezas y aseguran que *“nunca se nos ha muerto una mujer”*, también dicen gozar de la confianza de la comunidad.

Sobre la participación de los maridos en el parto, algunas dijeron que los hacían estar presentes en el momento del alumbramiento, para que *“conozcan cuánto sufre una mujer y por lo menos le tengan lástima”*.

Tienen disposición a involucrarse en otros programas de salud y admiten que contravienen la norma, por ejemplo atender primigestas, cesárea anterior en las siguientes situaciones: cuando una mujer es rechazada en un hospital, cuando en el hospital han tratado mal a las mujeres en un parto anterior y la mujer no quiere volver allí, cuando un parto de riesgo se adelanta, o cuando las mujeres se les presentan en período expulsivo porque los maridos no las dejaron ir al hospital o la clínica materna.

En general tienen una mentalidad corporativa, todas están orgullosas de ser parteras, y se sienten más empoderadas porque le ampliaron su ámbito de competencia.

Percepciones sobre las causas de Mortalidad Materna en Honduras

Formuladores y prestatarios consideran como inaceptable para el país, que el porcentaje de muerte materna hospitalaria se encuentre en la misma proporción que la muerte materna comunitaria. Entre las causas de ésta situación se señalan:

1. La mala infraestructura.
2. La falta de homogeneidad en la red de salud de la actitud de urgencia ante la emergencia obstétrica.
3. La falta de recursos humanos y materiales adecuados para hacer frente a la emergencia obstétrica. Esto se expresa, por ejemplo, en la no existencia de paquetes de sangre, y/o en que no hay turnos permanentes y de presencia de ginecólogos en hospitales de referencia; de manera que los turnos y emergencias quedan en manos de médicos en servicio social o internos. Como consecuencia, en muchos casos una paciente referida por un médico general o en servicio social, es recibida y valorada en el hospital de referencia por un interno, o un médico en servicio social, a pesar que la Norma establece que debería serlo por un ginecólogo. De ésta manera se arriesga a que se desestime el riesgo, o a que se pierda tiempo, que en el caso de las emergencias obstétricas es vital.

4. No funcionan los comités de mortalidad materna.
5. Deficiencias en la organización de la referencia, no se comunica que se está enviando una paciente complicada, se la envía sin sangre o sustitutos de sangre, sin canalizar vena, lo que aumenta los retrasos en la atención a la mujer.
6. La calidad de los controles de embarazo es deficiente, no se detectan complicaciones o se detectan tardíamente.
7. La formación de los nuevos médicos y médicas, según todos los entrevistados ha decaído. La facultad, dicen, saca productos que no colaboran con el sistema. No hay un sistema de inducción para las y los médicos internos y en servicio social, lo que resulta en que no asuman la misión que se plantea la Secretaría de Salud.
8. La percepción es que la Dirección de Hospitales no tiene mucha comunicación con Atención Integral a la Mujer. Y la supervisión de ésta hacia las maternidades de los hospitales y la comunidad ha disminuido.
9. Como se desconoce el marco legal sobre maternidad segura, nadie se siente responsable.
10. **Los criterios anteriores manifiestan la creencia de que la responsabilidad de la mayoría de las muertes hospitalarias se le atribuye a la Secretaría de Salud, Tanto por la carencia de recursos como por factores humanos en los prestadores de servicios, especialmente con relación a conocimientos, compromiso con la misión y visión del Programa de Atención Integral a la Mujer y proceso de decisiones ante la emergencia obstétrica.**

Estrategias sugeridas por los actores sociales:

Lo que dicen las mujeres

Las mujeres sugieren que a las jóvenes se les brinde información sobre la sexualidad y el parto, para que la mayoría de ellas no llegue ignorante sobre cómo llegó al embarazo. En general plantearon que la atención al parto debería ser gratuita y que se mejore radicalmente el trato hacia ellas en los hospitales.

Además pidieron más información sobre los factores riesgos que acompañan el embarazo y el parto, y que esta información se proporcione también a los hombres y a la comunidad.

Lo que dicen los hombres

No tienen en sus preocupaciones el problema de la mortalidad materna, y no plantearon sugerencias.

Prestatarios de Servicios

Lo que dicen médicas y médicos epidemiólogos y gineco-obstetras

- Desarrollar acciones entre el personal médico para concienciar sobre la importancia de la maternidad sin riesgos. Por ejemplo: activar los comités de mortalidad materna, realizar autopsias verbales y compartirlas con el

personal. Realizar autopsias físicas para establecer las verdaderas causas de la defunción.

- Promover el desarrollo de un sentido de urgencia frente a las emergencias obstétricas. Asimismo se recomienda mejorar el sistema de referencias. Esto incluye normar el procedimiento de traslado de la paciente obstétrica y buscar soluciones al problema de la transfusión sanguínea.
- Con relación a la capacidad de respuesta hospitalaria se recomienda aumentar las plazas de gineco-obstetras y asegurar guardia con presencia física en los hospitales.
- Capacitar más intensivamente al personal del primer nivel de atención, a fin de que se detecte el riesgo obstétrico. Abastecer a las unidades de salud de acuerdo con su nivel de resolución. Es decir no puede abastecerse a una clínica materna con el mismo nivel con el que abastece a un CESAMO, pues estos se quejan de ser abastecidos como CESARES, siendo que sus funciones son más complejas.
- Suministrar equipos de comunicación para permitir consultas sobre las referencias, y permitir que en el hospital se prepare de antemano, (avisar al especialista, preparar sangre, entre otros), para recibir sin retrasos a las pacientes.

Lo que dicen médicas y médicos internos y en Servicio Social

- Que la formación teórica recibida en la universidad se adapte para que les permita cumplir con su rol de médicos desde una perspectiva de salud pública. Sienten que llegan a trabajar a un entorno que les es desconocido y en donde los programas les resultan extraños.
- Se Solicita que se les den a conocer desde la Universidad las Políticas de Salud y las Normas de Atención. Demandan formación en Salud Sexual y Reproductiva y en enfoque de género, así como recibir capacitación sobre formas de intervención en pacientes que sufren problemas de violencia intrafamiliar, violaciones y embarazos no deseados. También pidieron supervisión de desempeño.

Lo que dicen las enfermeras

- Asegurar que la atención en los hospitales y unidades de salud se respete la dignidad y los derechos de las pacientes, brindándoles atención cálida, personalizada y humana. Esto incluye la formación de nuevos recursos médicos con un enfoque sociocultural y de género.
- Que haya sostenimiento al programa de capacitación y equipamiento y supervisión de parteras, puesto que en muchos lugares no se han

- actualizado los maletines y/o no se cuenta con fondos para realizar nuevas actividades de capacitación.
- Que se les brinde más formación a éstas sobre el marco legal de su desempeño.
 - Que se nombre personal estable en las unidades de salud, y que se las provea con fondos y conocimientos para involucrar a los hombres y a la comunidad. También que se realicen campañas masivas de divulgación y capacitación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, *“así como hay campañas para divulgar los derechos del niño”*.

Lo que dicen las parteras

- Las parteras demandaron continuar una relación orgánica con las unidades de salud, mediante la capacitación y equipamiento, por lo menos, dijeron, que nos den focos con baterías porque “muchos partos los atendemos en la oscuridad” y también impermeables. Asimismo solicitaron que les permitan atender partos en las clínicas materno infantiles.
- Con relación a la atención en los hospitales demandaron que las identificaciones que les han sido entregadas en las unidades de salud sean respetadas por las y los médicos y resto de personal, sobre todo el personal de seguridad. Demandan que se les permitan acompañar a sus pacientes en las clínicas y hospitales.
- Que se involucre a los hombres, la comunidad y las alcaldías.

Lo que dice el Movimiento de Mujeres

- Que se empodere a las mujeres a través de la promoción de la identidad de género y la identidad étnica. Con respecto el trabajo de Enlace de Mujeres Negras la estrategia parte de un proceso que diferencia la identidad asignada a la población garifuna por la población mestiza la que generalmente se basa en estereotipos; la identidad auto asignada enaltece valores tradicionales de la comunidad garifuna; una vez deconstruidas las anteriores el grupo decide que valores incorpora a su visión del mundo y su quehacer cotidiano. De esta manera parten de la experiencia individual, lo relacionan con lo social, y regresan a lo personal. Como resultado el cambio proviene de las personas en tanto sujetos sociales, y no como algo impuesto. Por ésta razón el impacto es mas profundo y más largo plazo.

Por su parte el Movimiento Visitación Padilla, impulsa procesos de empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva de identidad genérica y de derechos. En el caso de la lucha por disminuir la mortalidad materna, ellas impulsan la participación directa de las mujeres en la supervisión de los servicios de salud, particularmente en La Ceiba.

- Que se facilite la organización de las mujeres para su participación al nivel comunitario en la ejecución y evaluación de las políticas de salud. Con relación a la mortalidad materna que el tema se incluya en la agenda pública, y que el Estado sea intransigente en defender el derecho a la vida de las mujeres.
- Que se hagan campañas masivas de divulgación y capacitación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

Lo que dicen las Municipalidades

- En las municipalidades que están ya involucradas en la lucha por garantizar una maternidad segura, se demanda que la Secretaría de Salud provea a las unidades productoras de salud con insumos materiales y con recursos humanos.
- Solicitan profundizar en el conocimiento de las políticas de salud, maternidad segura y sobre violencia.

Experiencias exitosas para evitar la Muerte Materna

El personal que brinda servicios de atención obstétrica percibe como buenas prácticas para evitar la muerte por embarazo y parto las siguientes:

- En relación a los hospitales, lo que en La Ceiba se ha dado llamar “política de puertas abiertas”, y que consiste en la priorización de atención a las embarazadas, de manera que no tengan que esperar largo tiempo para ser admitidas en los hospitales.
- En Juticalpa, se ha iniciado la visita de un gineco-obstetra y de una perinatóloga del hospital regional hacia las clínicas materno-infantiles a fin de evaluar los casos de riesgos, y brindar formación y supervisión en el terreno, a la par de realizar esterilizaciones quirúrgicas. Con esta práctica se busca prestigiar ante la comunidad las clínicas materno infantiles y promover que se utilicen, mejorar la formación del personal, acercar un servicio a la comunidad.

En el plazo organizacional, esta medida persigue impulsar la concepción de sistema de la red de salud. Con esto se busca conseguir que se perciba cada muerte materna, independientemente de dónde se presente, como una responsabilidad del sistema.

- Ha sido una práctica muy efectiva organizar la inclusión de las alcaldías en la administración y sostenimiento financiero de los Hogares Maternos, así como turnos de transporte, como en San Marcos de la Sierra. En esta localidad en los últimos dos años no se han presentado defunciones maternas.
- De igual manera ha sido efectivo garantizar una supervisión médica cercana de las pacientes que están alojadas en los Hogares Maternos. Estos centros, 27 en la República de Honduras, garantizan alojamiento a la mujer embarazada que vive alejada de los hospitales y tiene alto riesgo obstétrico y a sus acompañantes, --en ocasiones familiares o la partera--, mientras espera el inicio del parto y o la cesárea.
- Se aprecia como positivo que las capacitaciones a las parteras sean realizadas por personal local de las Unidades Productoras de Salud, pues esto permite estrechar vínculos entre médicos, personal de salud y parteras.
- Una práctica exitosa ha sido que grupos organizados de mujeres, en la detección y búsqueda de atención para mujeres en situaciones de riesgo. Así los mensajes sobre el riesgo y la presión para que la mujer busque atención institucional es reforzada y la ayuda para el transporte es facilitada por la comunidad.
- Al nivel nacional fue muy importante la incorporación de organizaciones de mujeres y feministas en un Comité Nacional de Mortalidad Materna. Por un lado las representantes del movimiento de mujeres se apropiaron de la problemática, y por otro lado ellas contribuyeron a imprimir un enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos. Actualmente este comité está inactivo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I La cultura de género y la mortalidad materna en Honduras

1. Las creencias culturales acerca de la maternidad, la paternidad y sus obligaciones, así como la “naturaleza” del carácter femenino, están muy relacionadas con los factores que evitan o favorecen la mortalidad materna.
2. En los discursos de la población estudiada, queda claro que el hecho de que la mujer tenga la capacidad de embarazarse, siempre deriva en una obligación cultural y social de cuidar a los hijos o hijas que tenga. Por otra parte, la capacidad biológica de fecundar no implica necesariamente la responsabilidad de criar y cuidar el hijo o la hija.
3. La idea que el embarazo y el parto son procesos naturales dificulta que las mujeres se realicen controles prenatales tempranamente y el resto de controles debidos. Lo anterior también se manifiesta en la creencia de que a mayor número de partos más experta se vuelve la mujer, y por lo tanto menos necesidad de ayuda tiene. En casos extremos hasta las parteras son excluidas, de manera que mujeres de las zonas menos urbanizadas, o se atienden solas o las atienden los maridos.
4. Las concepciones culturales arriba mencionadas hacen que el hombre se sustraiga de las responsabilidades del cuidado de la mujer embarazada y de la construcción de la paternidad como vínculo afectivo, lo que dificulta el cuidado directo de la hija o el hijo una vez nacido. En esta misma concepción, el padre, ni se asigna, ni le asignan responsabilidades durante el parto.
5. Como se considera que son las mujeres las que se embarazan y paren, se asume que los asuntos relacionados con el cuidado durante el embarazo y la preparación del parto son responsabilidad de ellas. En los extremos del proceso, cuándo y cómo tener relaciones sexuales y qué tipo de atención buscar para los eventos del parto, son decisiones tomadas por los hombres, especialmente en las zonas menos urbanizadas.
6. En la mayoría de las usuarias no existe el concepto que tienen el derecho a controlar su capacidad reproductiva. Hay aceptación de la necesidad de la planificación familiar, pero la razón para aceptarla es garantizar el bienestar de los hijos y las hijas. Es decir, la planificación se ejerce en función de una “buena maternidad” y no desde una perspectiva de derecho de la mujer.

7. Una buena parte de los cónyuges se opone a la planificación, entre otras razones, por temor a la infidelidad. Esto coloca a las mujeres sin la posibilidad de controlar su reproducción.
8. La mayoría de las mujeres viven el o los primeros embarazos como la culminación de su proceso de “ser mujer”, sin embargo llegan a éstos sin información. Aún en el caso de embarazos planificados y deseados, las mujeres viven esta etapa, con muchos temores de que el hijo o la hija nazca con deformaciones, o que ella muera al dar a luz. Estos temores generalmente no son compartidos y no generan conductas de prevención.
9. Socialmente existe un conocimiento implícito sobre la asociación parto-muerte, lo que contribuye a que se reaccione con pasividad ante las complicaciones, y con resignación ante las muertes maternas.
10. La representación de las mujeres como tentadoras de hombres las vuelve, ante los ojos de éstos, responsables de los embarazos no deseados y no reconocidos por ellos.
11. De lo anterior se concluye que muchas mujeres llegan al embarazo sin que este estado haya sido producto de su decisión, o de la negociación en pareja. Asimismo se concluye que durante el período de embarazo y parto, muchas mujeres ven aumentada su falta de poder, lo que se expresa en que decisiones de vida o muerte son tomadas por otros, especialmente, por los maridos.

II La formulación de políticas y la prestación de servicios obstétricos en Honduras

12. Esta relación desigual entre los géneros no está considerada en las Políticas de Salud hacia la mujer. De tal manera que no existen en las políticas, normas y elementos que adviertan sobre la dificultad, y que capaciten al personal para hacer frente a las consecuencias prácticas de la desigualdad genérica.
13. Aunque las políticas y normas de salud hacia la mujer contienen elementos de salud sexual y reproductiva desde una óptica de derechos, la mayoría del personal desconoce el mismo.
14. El Programa de Atención Integral a la Mujer no se propone empoderarlas, sino que las ubica como actrices pasivas ante las ofertas del sistema.
15. Lo anterior se corresponde con el hecho que aunque las normas para atención obstétrica tienen carácter de Ley del Estado, lo cual refleja un enfoque de aseguramiento de derechos, casi todos los actores

desconocen el marco legal de aplicación de estos derechos, lo que deviene en que se brinden servicios desde una óptica asistencialista tradicional.

16. A la debilidad anteriormente señalada se agrega la falta de articulación entre las diversas unidades del sistema de salud, y la carencia de recursos materiales y humanos. A esto se suma la falta de adecuación de la formación de los recursos médicos a las necesidades del sistema de salud.
17. A pesar de los esfuerzos realizados, no se logra que todos los recursos humanos del sistema encaren la emergencia obstétrica como una verdadera urgencia, de manera que se pierde tiempo vital en la atención a las mujeres. Faltan conocimientos médicos, conocimientos de la Misión y Visión del Programa de Atención Integral a la Mujer, lo que induce errores en el proceso de toma de decisiones ante la emergencia obstétrica.
18. La percepción es que la Dirección de Hospitales no tiene mucha comunicación con Atención Integral a la Mujer. Y la supervisión de ésta hacia las maternidades de los hospitales y la comunidad ha disminuido.
19. Las parteras son y continuarán siendo durante un buen tiempo, recursos indispensables para la atención a las mujeres. Muchas usuarias las prefieren por la calidez de la atención que brindan, la relación de confianza y el costo nulo o moderado de sus servicios.
20. El enfoque de empoderamiento que promueven organizaciones como Enlace de Mujeres Negras y Visitación Padilla, asegura que las mujeres modifiquen su comportamiento reproductivo y busquen activamente el respeto de sus derechos; especialmente aquellos que conciernen a una maternidad sin riesgos.

Con respecto al trabajo de Enlace de Mujeres Negras la estrategia parte de un proceso que diferencia la identidad **asignada** a la población garifuna por la población mestiza la que generalmente se basa en estereotipos; la identidad **auto asignada** enaltece valores tradicionales de la comunidad garifuna; una vez deconstruidas las anteriores el grupo decide que valores incorpora a su visión del mundo y su quehacer cotidiano. De esta manera parten de la experiencia individual, lo relacionan con lo social, y regresan a lo personal. Como resultado el cambio proviene de las personas en tanto sujetos sociales, y no como algo impuesto. Por ésta razón el impacto es mas profundo y más largo plazo.

21. En las municipalidades en donde el alcalde y los regidores han recibido formación para evitar muertes maternas e infantiles, éstos han asumido un liderazgo beligerante en su comunidad y han contribuido a cumplir con las metas de captación de embarazadas, de embarazadas en riesgo y el aseguramiento de atención adecuada para las mismas. Asimismo facilitan la transformación de actitudes de otros hombres, como lo demuestra la experiencia de San Marcos de Sierra y de las maquilas de Choloma.

6. RECOMENDACIONES

I La cultura de género y la mortalidad materna en Honduras

1. Las Políticas relativas a la mortalidad materna deben tomar en cuenta el impacto de los factores culturales, a fin de fortalecer aquellos que ayudan a evitar la muerte materna, y de combatir aquellos que obstaculizan el ejercicio de una maternidad segura.
2. Siendo que la ausencia de poder de la mayoría de las mujeres para negociar aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, aparece como el principal factor de riesgo social con relación a la muerte materna, el Estado y la Sociedad Civil deben propiciar por todos los medios, el enfoque de derechos en la salud sexual y reproductiva.
3. Deben realizarse campañas públicas dirigidas hacia la comunidad para promover la paternidad responsable, enfatizando en las obligaciones culturales y sociales derivadas de la capacidad de engendrar que tienen los hombres; específicamente señalando sus tareas en la promoción del cuidado de las mujeres.
4. Desarrollar campañas de educación sexual que hablen expresamente sobre la sexualidad, el placer, la ética y la responsabilidad. Asimismo, es importante brindar más información a las y los adolescentes acerca del embarazo y el parto. Esto cumple con dos propósitos: por un lado contribuiría a que las muchachas estén informadas previamente(,) y por otro, a que colaboren para impulsar comportamientos de cuidado en las embarazadas de su familia o comunidad.
5. El personal de salud, las municipalidades y las organizaciones de la sociedad civil, deben publicar todas las medidas que se toman para garantizar una maternidad sin riesgo.
6. Se recomienda que se realicen auditorias sociales de muerte materna y que éstas se acompañen con la toma de medidas preventivas, tal y como ya ocurre en algunos municipios, San Marcos de Sierra, por ejemplo.
- 7. II Formulación de Políticas de Salud hacia la mujer y la prestación de servicios obstétricos**
8. Se recomienda que el Instituto Nacional de la Mujer en coordinación con la Secretaría de Salud, conozca y asuma consecuentemente el desafío de una maternidad sin riesgo desde un enfoque de derecho.
9. Asimismo, se recomienda que todo el personal conozca y asuma el marco legal en el que se prestan estos servicios.

10. La divulgación del marco legal debe dirigirse hacia la comunidad, pues puede contribuir a cambiar la actitud de maridos renuentes a que sus esposas o compañeras de vida eviten el riesgo reproductivo.
11. La Secretaría de Salud debería incorporar en las políticas de atención a la mujer, estrategias para buscar el empoderamiento de las mismas en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.
12. Es crucial que la Secretaría de Salud asegure la integración de todas sus unidades para combatir la mortalidad materna. Especialmente se requiere establecer una visión común entre la Dirección de Atención Integral a la Familia, y la Dirección General de Hospitales.
13. Una manera de contribuir a la integración sería generalizar algunas prácticas, como las visitas de los médicos hospitalarios a las clínicas materno infantiles y centros de salud, la reactivación de los Comités de Mortalidad Materna en los hospitales y en el nivel nacional con la participación del Movimiento de mujeres. Esta recomendación incluye la revisión conjunta de casos fatales de parte de los hospitales, la dirección sanitaria regional, el personal de la unidad de salud donde acontezca la muerte materna, y las autoridades municipales, incluyendo en el análisis los conocimientos utilizados, el conocimiento de la Misión y Visión del Programa de Atención Integral a la Mujer, y el proceso de toma de decisiones.
14. Se debe asegurar que la formación del personal médico y paramédico, que estará en algún momento involucrado en la prestación de los servicios obstétricos, conozca y asuma el proyecto de una maternidad sin riesgos.
15. Dado que un importante porcentaje de atención obstétrica aún recae en las parteras, se recomienda mantener una estrecha relación con éstas, mediante capacitación, evaluación y suministro de materiales. Descuidar el vínculo con ellas podría determinar un retroceso en lo que se ha avanzado hasta ahora en términos de la referencia de casos de riesgo hacia los hospitales, la captación de embarazadas y otras prácticas que han probado ser efectivas para la disminución de las tasas de mortalidad materna.
16. Se recomienda asimismo que se generalice la formación de alcaldes y regidores en temas de salud sexual y reproductiva, particularmente alrededor de la maternidad segura.

En resumen, la presente investigación plantea el desafío al gobierno de Honduras de profundizar los logros en cuanto a la disminución de la

mortalidad materna alcanzados en el primer nivel de atención mediante la optimización de la calidad de la Atención Obstétrica de Emergencia en el segundo nivel de atención. La muerte materna hospitalaria puede disminuirse drásticamente con medidas organizativas que implican mayor integración entre los dos niveles de atención, y acciones de formación del personal involucrado que mejoren la asimilación del compromiso del país de garantizar a las mujeres hondureñas el ejercicio de una maternidad sin riesgo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Andersson, Neil. 1994. La Estimación del Riesgo. CIET.

Asociación Hondureña de Mujeres Campesinas (AHMUC). Memoria del Taller de Salud Sexual y Reproductiva. Tegucigalpa, Honduras. 2001.

Busch Anna. ¿En manos de quién esta la reproducción humana?

Badinter, Elizabeth. . L'amour en Plus. Livre de Poche. 1983.

Convergencia de Mujeres Honduras. Observaciones y Propuestas al Plan Plurianual de Gobierno 2002-2006. Tegucigalpa, Honduras. 2002.

Convergencia de Mujeres Honduras. Agenda Mínima de las Mujeres Septiembre 2001. Tegucigalpa, Honduras.

Center for Human Services. Proyecto de Garantía de Calidad. Diseñando Servicios de Cuidado Obstétrico Esencial de Calidad en Honduras. 2000.

Comité Nacional promotor para una Maternidad sin riesgos en México. Identificación de intervenciones para prevenir la Mortalidad Materna en México. Instituto Nacional de Salud Pública. The Population Council, México.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP – OPS/OMS. 1992. Investigación Sobre Parto Domiciliario. Tela, Honduras.

Contreras, Leonardo. COEm: Ruptura del Paradigma para la reducción de la mortalidad materna. Fondo de Población de Naciones Unidas. 2002.

Economía, Sociedad, Ambiente – Consultores. Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras. Agosto 26, 2002. Tegucigalpa, Honduras

Family Care International, 1998. The Safe Motherhood Acting Agenda: Priorities for the next decade, Informe sobre Safe Motherhood Technical Consultation. New York: Citado en Ransom, Elizabeth, Yinger, Nancy. Julio 2002. Por una Maternidad sin Riesgos. Population Reference Bureau. Washington. D. C.

Fondo de Población de Naciones Unidas. 1997. El Derecho a Elegir: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.

Galvao de Andrade, Ruy Cohelo. Los Negros Caribes de Honduras. Editorial Guaymurás. Tegucigalpa. 2002.

Gómez Elsa. Equidad, Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Copenhague.

Meléndez, Ochoa, Villanueva. Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras, correspondiente al año 1997. Secretaría de Salud, Honduras, 1999.

Instituto Nacional de la Mujer, INAM. Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades 2002-2007.

JAMWA. 2002. Shifting Visions: “Delegation” Policies and the Building of a “Rights – Based” Approach to Maternal Mortality.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. 2002, Washington. Estrategia Regional Para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas.

Program For Appropriate Technology In Health (Path). 2002. Violence Against Women: Effects on Reproductive Health

Propuesta del Programa de Cooperación ASDI. 2003-2005. Honduras

Presidencia de la República de Honduras. Políticas del Gobierno Para el Sector Salud. 2002-2006. Tegucigalpa, Honduras.

Rodríguez, Javier. 2001. Masculinidad Ligada a la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes Varones en Honduras. INAM.

Secretaría de Salud República de Honduras. 1999. Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva. Tegucigalpa, Honduras.

Ransom, Elizabeth I, Yinger, Nancy V. Por una maternidad sin riesgos. Population Reference Bureau. Julio 2002.

Secretaría de Salud República de Honduras. Investigación Cualitativa de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en el Área Rural de las Regiones de Salud 1, 2, y 3.

Secretaría de Salud. Sexualidad, Género y Sexualidad ¿Cuál es la Diferencia? Agosto 1998. Talleres de Máxima. Tegucigalpa, Honduras.

Secretaría de Salud. Política Nacional de Salud. Del país que tenemos... al país saludable que queremos. Tegucigalpa, Honduras.

Starrs, Ann. La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Banco Mundial

Organización Mundial de la Salud. -Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población. Nairobi, Kenya.

Sau, Victoria. Diccionario Feminista.

Kestler, Adler. De los datos a la acción. Comité Técnico Nacional de prevención de la Muerte Materna. Guatemala, Guatemala.

Langer, Ana. Identifying Interventions to Prevent Maternal Mortality in Mexico. National Institute of Public Health. Coyoacán, México.

Langer, Marie. Maternidad y Sexo. Paidós. Barcelona. 1983.

Mead, Margaret. Coming of Age in Samoa.

Meléndez, Jorge; Ochoa Vásquez, José; Villanueva, Yanira. 1997. Investigación Sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

McCarthy Brian, Atrash Hani y Aoyama Carolyn. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna en las Américas. OPS/OMS/CDC. Atlanta, Georgia.

Maduro, Rodrigo. 2002. Mi Compromiso Contigo. Tegucigalpa, Honduras.

World Health Organization. Care of Mother and Baby at the Health Center. WHO Génova, Switzerland.

World Health Organization. 2001. Advancing Safe Motherhood Through Human Rights. Ocasional Paper 5. Geneva.6, Switzerland.

X Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud OMS.

ANEXO 1

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

1. Instituto Hondureño de la Mujer

Dra. María Elena Arita. Directora Ejecutiva.
Lic. Dalila Pinell de Pineda.
Msc. Ritma Loyda Cloter. Responsable Área Salud y Género.

2. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública

Dr. Manuel Sandoval: Vice Ministro
Dra. Irma Mendoza: Dpto. de Atención Integral a la Familia.
Dr. Carlos Fúnez. Gineco-Obstetra. Director Sala de Maternidad Hospital General San Felipe.
Dra. Reyna Barahona. Gineco-Obstetra, Centro de Salud Las Crucitas.
Dr. Hermes Reyes, Director, Centro de Salud Nueva Suyapa.
Dr. Elías Canahuati. Gineco-obstetra. Sub-director Hospital Atlántida, La Ceiba.
Dra. Mirta Ponce. Epidemióloga. Hospital Atlántida, La Ceiba.
Dr. José Guillermo Galindo Pavón. Gineco-obstetra. Sala de Maternidad Hospital. Atlántida, La Ceiba.
Dr. José León Rivera. Director Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho.
Dr. José Guillermo Trochez, Jefe de Gineco-Obstetricia, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho.
Dra. Ofelia Martínez. Epidemióloga Area 1. Dpto. de Olancho.
Dr. Vincenzo Bove. Director Clínica Materno Infantil y Emergencias de Salamá, Olancho
Dra. Mercy García Reina. CESAMO, Sambo Creek. La Ceiba.
Dr. Benjamín Abdú. Director Lactancia Materna Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.
Jose Guillermo Galindo Pavon. Médico Obstetra de Hospital Atlántida
Dra. Soani Carranza. CESAMO, La Esperanza. Intibucá.
Dr. Julio Cèsar Arita. Por el Hospital General San Felipe
Dr. Arturo Gutiérrez. Jefe de Región 2 de Salud. Comayagua.
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Dr. Marcial Vides Turcios. Jefe Dpto. de Gineco-Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas.

Licenciadas en Enfermería.

Lic. Laura Martínez. Programa Atención Integral a la Mujer.
Lic. Melby Castro. Técnica en Salud Materno Infantil. Dirección Sanitaria, Región 6.
Lic. Sandra Moncada. Depto de Estadísticas. Dirección Sanitaria, Región 6.

Lic. Lucy Fernández. Supervisora de Enfermería. Hospital Atlántida, La Ceiba.
Lic. Leda Amador. Jefe de Area de Salud 1, La Ceiba. (favor verificar este nombre)
Lic. Susana Perdomo. Enfermera de Area.
Lic. Hilda Amaya. Responsable de Clínica Materno Infantil de Salamá.
Lic. Dora Cartagena. Responsable de Area de Salud de Salamá.
Lic. Ansela Elizabeth Güity, Responsable de Enfermería Centro de Salud Nueva Suyapa.
Lic. María Elena Paz. Técnica en Salud Materno Infantil. Región Sanitaria No. 3.
Lic. Fabiola de Girón. Centro de Salud, Sambo Creek.
Lic. Sobeyda Almendárez . UPS. Sambo Creek
Lic. Mayra de Valle, Choloma

Auxiliares de Enfermería.

Sra. María Alicia LanzaClínica Materno Infantil de Salamá.
Sra. Florelina Jiménez. Centro de Salud, Las Crucitas.
Sra. Lissette Arguijo. Centro de Salud, Las Crucitas.
Sra. Elida Bustillo Cruz. Centro de Salud, Talanga.

4) Trabajador@s Sociales.

Lic. Edmundo Pérez, Consejería Familiar, Instituto Hondureño de la Familia.
Lic. Reyna Hernández. Centro de Salud Nueva Suyapa.

5) Organizaciones Feministas y de Mujeres.

Lic. María Elena Méndez. Centro de Estudios de la Mujer de Honduras
Lic. Blanca Dole. Asociación Feminista de Mujeres Universitarias.
Lic. Regina Fonseca. Centro de Derechos de la Mujer.
Lic. Berta Arzú. Enlace de Mujeres Negras
Dra. Yanira Villanueva. Centro de Derechos de la Mujer.
Sra. Ansela Álvarez. Enlace de Mujeres Negras, Tornabé
Sra. Virgen Loreno. Enlace de Mujeres Negras, Tornabé
Sra. Norayda Arzu. Tornabé
Sra. Calixta Martínez. Enlace de Mujeres Negras y puesto de Ashonplafa

6) Municipalidades

Sr. Catalino Gutiérrez, Vice Alcalde, San Marcos de la Sierra,
Sr. Felipe Bautista Manueles. Secretario de la Municipalidad San Marcos de la Sierra.
Sr. Catalino Gutiérrez. Regidor.
Sr. Edelvis Lanza. Alcalde Salamá

Sr. José Ramón Lovo. Tesorero Patronato. Clínica Materno Infantil, Salamá.

II.- Personas participantes en Entrevistas Grupales

1) MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL.

San Francisco, Juticalpa Olancho:

Dra. Daysi Rodríguez
Dra. Bielka Pineda.
Dr. Osmán Coello.
Dr. Raúl López.
Dra. Tania Romero.
Dra. Linda Hernández.
Dra. Tatiana Alvarado.

Clínica Materno Infantil de Salamá, Olancho.

Dr. Douglas Moreno.
Dra. Vivian Vallecillo.
Dra. Jenny Chávez.

2) MÉDICOS INTERNOS.

Hospital Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula.

Dr. Jorge Antonio Cerna Guerrero.
Dra. Angie Cevallos Martínez.
Dr. Luis Guillermo Cruz Castellón.
Dra. Brenda Lee Solórzano Murcia.
Dra. Aylin Garúa Zelaya.
Dra. María Jorge Elvir Romero.

Hospital Atlántida

1 Dra. Ana C. Espinoza
2 Dr. Maylín Rodríguez
3 Dr. Melvin Urbina
4 Dr. Henry Noé Martínez Cruz
5 Dr. Pablo Danilo Castillo Nolasco
6 Dr. Luis Daniel Flores
7 Dra. Arana Madalengoitia
8 Dra. Laura S. Izaguirre

3) PARTERAS.

Talanga

Sra. Guillermina Cruz.

San Marcos de Sierra:

Sra. María Calixta

Sra. María Bernarda López.

Sra. Eufemia Rodríguez.

Sra. Melesia Vázquez.

Sra. Antonia López Amaya.

Choloma

Sra. María Teresa Maradiaga

Sra. Elb (ó v?)ia Oralia Pineda

Sra. Maximina Guevara

Sra. Lourdes Rodríguez

Sra. Amanda Brooks

Sra. Sara Rivera Pineda

Corozal

Cresencia Martínez

4) ADOLESCENTES

Corozal, La Ceiba:

Karina Bernardez : 13 años

Henry Guevara: 19 años

Wendy Zelaya: 15 años

Leny Alejandra Suazo: 17 años

Karol Yahaira Álvarez: 16 años

Yeny Yhajaira López: 18 años

Wilmer Enriquez Gaiti: 21 Años

Wilmer A. García: 20 años

Glenyn Ballesteros:

Gina Norales: 15 años

Sambo Creek, La Ceiba:

Srita. Juana Morales.

Srita. Gleny Ballesteros.
Sr. Wilmer García.
Sr. Wilmer E. Gutti.
Srita. Carol Alvarez.
Sr. Lenny Suazo.
Srita. Wensy Zelaya.
Sr. Henry Guevara.
Srita. Gloria Morivu.
Sr. Elving Alvarez.

Las Crucitas

Nelson Pineda
Dania García
Otros (as)

5) PERSONAS VIVIENDO CON VIH

SAN PEDRO SULA

Sra. María Guzmán.
Sr. Prefiere no ser citado
Sra. Edith Moya
Sra. Xiomara Hernández: Ministerio Iglesia Episcopal Hondureña
Sr. Dionel Guzmán: Red de Hombres Seropositivos

7) Usuarías

San Marcos de la Sierra

María Isabel Bautista
Raymunda Gómez
Marta Lidia Cano
María Rosa López
Benidla Vásquez
Sonia Idalia Bautista
Rosa Antonia Gómez

Trabajadoras de la maquila, Choloma

Sra. Magdalena Hernández,
Sra. Sonia Hernández,
Sra. Carmen Vásquez,
Sra. Maribel Briones,

Sra. Leticia Gómez,
Sra. Evangelina Guzmán,
Sra. Elena Calderón,
Sra. Yosely Bonilla,
Sra. Ricardina Martínez,
Sra. Rosa Moreno,
Sra. Líela Janileth Salgado,
Sra. Bertilia Castillo,
Sra. Eglá Pavon Rodríguez.
Sra. Sara Barrera.

Centro de Salud Choloma:

1 Delma Reyes, 20 años, Perita Contabilidad. Ex trabajadora de maquila
2 Jazmín Chavez, 18 años, 6to grado
3 Rosa Enamorado, 18 años 6to
4 María Chacón, 46 años
5 Digna Emérita Aguirre, 20 años 6to grado
6 Teodolinda Bautista, 26 años.

Centro de Salud Nueva Suyapa

Kendy Alvarado Alvarado
Nilsia Carmen Benítez
Carla Velásquez
Ana Pineda García
Bélgica Vásquez

Centro de Salud Corozal

Sra. Maribel Briones
Ana Palacios

8) Hombres.

Consejería de Familia

25 hombres que prefieren no ser citados

Corozal.

Sr. Pablo Barrios.
Sr. Betín Amaya.
Sr. Eulogio David.
Sr. Tony Saravia.

San Marcos de Sierra.

Sr. Gregorio Gomez
Sr. Lorenzo Reyes
Sr. Antonio Lorenzo G
Sr. Casimiro García
Sr. José Amaya
Sr. José S. Amaya
Sr. Cristóbal Pineda
Sr. José F. Pineda
Sr. Pedro Gómez

Maquila

Sr. Herson Martín Chávez Diego
Sr. Israel Miranda
Sr. Nelson Alfredo Zavala
Sr. Natividad Pérez
Sr. Cristián Raúl Castro Dávila
Sr. Abel Zapata

Anexo 2

Guía para Grupo focal con usuarias y la comunidad

¿Cuáles son las normas, valores sobre la concepción de maternidad? Indagar si priva los valores biológicos, o las significaciones religiosas y culturales con relación al embarazo, la maternidad, el embarazo y el cuidado de éste.

¿Cuáles son concepciones de los maridos, frente al embarazo el parto y la crianza?
¿Cuáles son sus valores y actitudes frente a la planificación familiar?

¿Cuál es el obstáculo más importante para llevar las mujeres utilicen los servicios ofertados de salud?

¿Cuál es la percepción que tienen sobre la calidad de la atención?.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los síntomas y factores de riesgo?

¿Cuáles han sido las experiencias más positivas en el abordaje de cuidado al embarazo y al parto en la comunidad..

¿Cual seria la principal dificultad si hay que sacar a una mujer en problemas? Explorar

El Costo

Existencia de vehículos

Existencia de medios de transporte

Disponibilidad y deseo de ayudar

Lejanía de los hospitales

Incentivos para las personas que tiene vehículo

Hay casas maternas cerca de los hospitales

¿Tienen más obstáculos las mujeres indígenas o las negras? Lengua, costumbres

Indagar si identifican las propias mujeres identifican situación de emergencia, si las mujeres temen no ser bien atendidas, tratadas por mujeres, si confían en los proveedores,

Cómo esta la relación de las parteras comunales o tradicionales con la comunidad, y en las comunidades en donde solo hay una auxiliar de enfermería.

Indagar si existen comités de muerte a nivel de la comunidad y en el municipio, Presencia de organizaciones de mujeres en la comunidad

o les preocupa el costo, el costo del transporte de los servicios, en algunos países las m prefieren ser tratadas por mujeres, como las misquitas

Con respecto a usuarias, cónyuges, parteras, comunidad.

- Cuales son las concepciones sobre embarazo, parto y aborto.
- Como inciden en las conductas de ayuda y auto cuidado.
- Cuál es el impacto diferencial de estas concepciones en la mujer, su cónyuge, parteras, comunidad.
- Cuales son las concepciones sobre paternidad y como reflejan en la calidad de la atención de la mujer embarazada.
- Existen diferencias en las concepciones en relación a embarazos de adolescente, mujeres adultas, mujeres mayores de 35 años.
- En relación a embarazos no deseados y abortos.
- Que percepciones existen entre los actores mencionados acerca de la violencia de género y social y su impacto sobre la salud de la mujer embarazada.
- Que percepciones existen en los actores antes mencionados sobre la sexualidad en el embarazo y post parto.
- Que percepciones existen sobre la salud materna y el VIH- SIDA.

Anexo 2

Guía Grupos Focales Hombres

¿Cuáles son sus concepciones acerca de la maternidad de su esposa o compañera

¿Qué deberes le genera?

¿Conoce cuáles son las complicaciones y riesgos que las mujeres sufren durante los embarazos?

¿Sabe en qué circunstancias y adónde debe acudir su esposa si se le complica el embarazo?

¿Conoce de la atención que brinda a las embarazadas la Secretaría de Salud, ¿Qué valoración le merece?

¿Qué valores y valoraciones tienen sobre la planificación familiar?

¿Qué significación tiene para usted la paternidad?

¿En qué circunstancias se despertó su deseo de ser padres?

¿Qué deberes le genera su paternidad?

¿Qué conoce sobre la salud sexual y reproductiva?

¿Conoce entre sus familiares, amigas y/o vecinos de casos de mujeres que murieron de parto o por problemas con el embarazo?

¿Qué impacto tiene en su vida la epidemia de ITS y VTH SIDA?

Anexo 3

Guía de entrevistas para personas prestarias de servicios

Profesionales en servicio

¿Cuál es el grado de conocimiento y valoración de las políticas de atención a la mujer?.

¿Cómo ha evolucionado la muerte materna en área de influencia, ¿Qué factores han determinado esta situación?

¿Que concepciones personales tiene sobre la maternidad?

¿Cómo valoran el impacto de factores culturales en las muertes maternas?

¿Conoce de algún plan para disminuir la mortalidad materna en su área o región?

¿Existen en su servicio comités de mortalidad materna, Cómo funcionan?

¿Qué dificultades tienen para manejar las emergencias obstétricas?

¿Qué sugerencias tienen para mejora la atención de la urgencia obstétrica?

¿Qué conocimiento tiene sobre el marco legal de aplicación de las Políticas de Atención Integral a la mujer, y de las Normas obstétricas de atención?

Médicos en Internos y en Servicio Social (agregar)

¿De que manera la formación recibida los ha habilitado para tratar apropiadamente los eventos del embarazo y parto, y sobre todo la emergencia obstétrica?

¿Cómo valoran el desempeño de los internos y médicos en servicio social con relación a la salud integral de la mujer, y sobre todo, en la atención a la urgencia obstétrica?

Anexo 4

Guía de entrevistas para Parteras

¿Cómo escogió ser partera, ¿cuando inició su profesión- ¿con que conocimientos contaba cuando inició su práctica?.

¿Qué piensan en su comunidad acerca del embarazo, parto, aborto y complicaciones?..

¿Qué hacían antes en su comunidad cuando habían complicaciones, ¿Qué hacen ahora?.

¿Qué les cuentan a ustedes las mujeres de su vida durante el embarazo y después (vida sexual, impacto de las complicaciones?..

¿Qué les ha enseñado la secretaria de salud sobre atención de parto, derechos reproductivos?.

.

¿Como están trabajando ustedes para reducir la mortalidad materna?.

¿Como participan los maridos en el proceso del embarazo y durante el parto, Cómo participa la familia, la comunidad, las organizaciones de mujeres?.

Que sugerencia para mejorar la atención a las mujeres?.

¿Cómo evalúan los servicios que prestan las instituciones de la Secretaría de Salud?.

¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención a las mujeres?.

Anexo 5

Guía de entrevistas para personas formuladoras de políticas:

Percepción de las mujeres embarazadas – actitud ante sí mismas como mujeres, cuerpo, cuidado – actitud hacia el embarazo, parto, puerperio, aborto y complicación- conocimiento de derechos, actitud hacia derechos- género, edad, cultura- los maridos y familias- comunidad, religión. concepciones personales tiene sobre la maternidad?

¿Cuál es su valoración sobre el conocimiento de las Políticas de Atención a la Mujer, y de las Normas de Atención Obstétrica por parte de las personas que brindan servicios de salud, cuáles son los factores que condicionan esa valoración?

¿Cuál es la participación de organismos e instituciones de la sociedad civil en la formulación de Políticas y Evaluación de cumplimiento de las mismas?.

¿Qué percepción tiene de las mujeres embarazadas – de la actitud ante sí mismas como mujeres, ante su cuerpo, cuidado, su actitud hacia el embarazo, parto, puerperio, aborto y complicación?

¿Qué percepción tiene sobre el conocimiento de las mujeres sobre sus derechos, actitud hacia derechos?

¿Cuál es su visión sobre la participación de la comunidad en las acciones para disminuir la mortalidad materna?

¿Qué percepción de la relación mujeres y prestadoras (as) de servicios- conocimiento de derechos- enfoque de género- generacional- cultura incluida- religión?.

¿Como perciben las actitudes de prestadores, usuarias sobre los embarazos no deseados y aborto, los embarazos de adolescentes y mujeres muy mayores, SIDA, violencia?

Anexo 6

Guía de entrevistas para líderes del movimiento feminista y de mujeres:

¿Cual es la perspectiva de las mujeres organizadas sobre embarazos, el parto, el aborto, cultura de auto cuidado y de respeto del cuerpo?

¿Cual es la Historia de la inscripción de la mortalidad materna en la agenda de su organización, que los impulsó. Este impulso vino desde afuera, desde adentro?

.

¿Cual es la Percepción del movimiento de mujeres sobre la mortalidad materna en Honduras?

¿Cual es la percepción sobre el abordaje de - formuladores – ejecutores – comunidad?

.

¿Cual es la percepción sobre la actitud que obre el embarazo, aborto tienen las embarazadas, sus maridos, sus familias?

¿Cual es la percepción de la relación entre las mujeres y los y las prestadoras de servicios?

.

¿Cual es la percepción que tienen sobre embarazos, abortos, relaciones generacionales. SIDA y mortalidad, SIDA y violencia?

.

¿Conoce entre sus familiares, amigas y o vecinos de casos de mujeres que murieron de parto o por problemas con el embarazo

¿Conoce de experiencias exitosas en el abordaje de la mortalidad materna?



INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER

Colonia Lara, Avenida Benito Juárez, No. 3701, Edificio de AHROCAFE.

TELÉFONOS: 221-3637, 221-4832, 221-4835

FAX: 221-4827

E-MAIL: dtecnica@inam.gob.hn

SITIO DE INTERNET: www.inam.gob.hn