

T 242
WA310
L959
2004

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES
UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN)



MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA INTERCULTURAL
BILWI 1998-2001

PERCEPCIÓN DE ACTORES SOCIALES SOBRE MORTALIDAD
MATERNA EN EL MUNICIPIO DE SIUNA, RAAN. 2000 – 2001

Iris del Rosario Lopez Aburto *Jacoba del Carmen Dávila Molina*

AUTORAS: Lic. Iris del Rosario Lopez Aburto
Lic. Jacoba del Carmen Dávila Molina

Tutora: Msc. Gladys Ricarte Gutiérrez

Asesor: Msc. Manuel Martínez Moreira

Siuna, RAAN
Febrero 2004

INDICE

Página Número

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

I.	Introducción	1
	1.a Antecedentes	3
	1.b Justificación	4
II.	Planteamiento del Problema	
III.	Objetivos	6
IV.	Marco teórico y de referencia.	7
V.	Diseño Metodológico	33
VI.	Resultados.	40
VII.	Análisis de Resultados	50
VIII.	Conclusiones	53
IX.	Recomendaciones	55
X.	Bibliografía	56
XI.	ANEXOS	
	- Guía de entrevista actores sociales	
	- Guía de entrevista en profundidad	
	- Mapas	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al ser supremo por darme la oportunidad de vivir para lograr hoy día este gran desafío.

De manera muy especial dedico este trabajo:

A mi queridísima Señora Madre **Toribia Aburto García** por lo más grandioso para mí, por ser el prototipo de mujer luchadora y abnegada ante todos los inconvenientes de la vida, por enseñarme los buenos principios y darme toda la fuerza necesaria cada día para salir adelante.

A mis adorados hermanos **Edgard, Luis, Víctor (q.p.d), Raúl, Héctor** y todo el resto de mis hermanos que han contribuido de manera muy especial en el transcurso de mi existencia.

A mis profesores y compañer@s de curso por compartir la enseñanza y todos los gratos momentos de estudio.

A todas las personas que me ayudaron y comprendieron en el desarrollo de mis estudios.

Iris del Rosario López Aburto

DEDICATORIA

De manera muy especial agradezco al todo poderoso por haberme permitido el don de la vida y darme fuerza en todo momento que se me han presentado obstáculos.

A mi adorada madre **Adilia Molina**, por darme el don de la vida, por ser alguien muy especial que en los momentos difíciles estuvo a mi lado.

A mis queridos hijos: **Jasón y Denise**, quienes son la razón de mi existencia, por comprender mis ausencias cuando lo tuve que hacer.

A mi compañero de vida **Sergio Rodríguez**, por comprenderme y apoyarme en todo momento de la realización del estudio.

Jacoba del Carmen Davila Molina

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Dra. Mirna Cunnigham, ex-Rectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) por concedernos la beca y lograr un peldaño en el campo educativo y personal.

A la Msc. Alta Hooker, Rectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) por su honorables gestiones de coordinación con el Organismo Horizont₃₀₀₀ durante todo el desarrollo de la Maestría.

Al Msc. Manuel Martínez, Coordinador de la Maestría en Salud Pública Intercultural 1988-2001 Puerto Cabezas, del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, por brindarnos todo su apoyo incondicional en el transcurso de nuestros estudios y asesoría en el trabajo final.

A nuestra tutora Msc. Gladys Ricarte Gutiérrez, por su dedicación y abnegación en sus valiosas orientaciones brindadas para poder lograr el desarrollo de este esfuerzo.

A la Cooperación Austríaca y al Organismo Horizont₃₀₀₀ por su valioso apoyo financiero para que esta maestría fuese posible.

A tod@s aquell@s que contribuyeron a este esfuerzo, familia, compañer@s de trabajo por su paciencia y sabiduría.

RESUMEN

El presente estudio de percepción de los actores sociales sobre la mortalidad materna en el Municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) durante el período 2000 al 2001.

El objetivo de este estudio refleja propuestas prácticas, partiendo de un acercamiento de la realidad en que viven las mujeres según la percepción de los actores sociales (agentes comunitarios en salud, representantes de instituciones Públicas y organizaciones locales que laboran con programas dirigidos a la mujer), sobre los factores socio políticos, demográficos y culturales de la mortalidad materna.

Este estudio es descriptivo de carácter cualitativo, las técnicas aplicadas fueron entrevistas a profundidad y grupo focal.

Los principales resultados reflejan la situación de inequidad que viven las mujeres de las comunidades rurales, la falta de acceso a los servicios de salud tanto por razones geográficas como por razones culturales, el bajo nivel de escolaridad y los altos niveles de pobreza.

La relación de los factores socio políticos fueron la inseguridad ciudadana, las migraciones y la falta de cobertura del sistema de salud en las comunidades alejadas.

Las muertes maternas ocurren donde existen familias numerosas, cuando las mujeres son menores o mayores de edad y la falta de planificación familiar.

Las parteras no cuentan con los materiales higiénicos sanitarios para atender a las mujeres embarazadas.

No existe un control poblacional de las mujeres, existen muchas familias migratorias las que traen sus practicas tradicionales y por desconocimiento de la existencia de los agentes comunitarios de salud no acuden a recibir el servicio.

Las consecuencias fundamentales de las muertes maternas son los niños que quedan huérfanos y desintegración familiar.

Los resultados apuntan a efectuar una amplia divulgación radial del programa de Atención Integral a la Mujer para contribuir a la reducción de la mortalidad materna, estableciendo coordinación y sistematización de actividades del Ministerio de Salud con todas las Instituciones que trabajan con programas de atención a la mujer, mayor cobertura del sistema de salud en comunidades de difícil acceso, capacitación al personal de salud para mejorar la calidad de atención a la mujer y acreditación de las parteras en la zona rural.

Los resultados y recomendaciones identificados en el estudio podrán servir de referencia al Ministerio de Salud, Organizaciones y estudiantes interesados en conocer y trabajar por la problemática de la mujer siuneña.

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es una problemática de alto riesgo para la sociedad en general, esencialmente para las mujeres y las familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año mueren en el mundo 500,000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto a nivel mundial; siendo la tasa de mortalidad materna para los países subdesarrollados de 450 defunciones por 100,000 nacidos vivos, en cambio para los países desarrollados es de 30 defunciones por 100,000 nacidos vivos; el 99% de esas muertes ocurren en los países subdesarrollados. Existe una estrecha relación entre el número de embarazos y de partos de una mujer y el riesgo de morir como consecuencia de estos(1).

En Nicaragua, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha venido impulsando el desarrollo de acciones orientadas a modificar las tasas de mortalidad materna. Según datos oficiales del Ministerio de Salud, la información disponible permite observar una ligera tendencia en su incremento, pasando de 110 x 100,000 nacidos vivos estimados para 1995, a 133 x 100,000 nacidos vivos en 1998; aunque existe un fuerte sub-registro a nivel nacional(3).

Nicaragua presenta en las Regiones Centrales y del Caribe las tasas de mortalidad materna más elevadas en las zonas rurales, especialmente en Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte, siendo de 267 y 236 por 100,000 nacidos vivos duplicando el promedio nacional(2).

Las mujeres que viven en las zonas rurales son las que están en mayor riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad. Precisamente los departamentos de Jinotega, Matagalpa y la Región

Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), es donde ocurren mayores muertes maternas, regiones donde los promedios de hijos por mujer es más alto, la oferta en materia de planificación familiar es escasa, la cobertura en el Control Prenatal es baja, con una alta fertilidad, un corto espaciamiento de los embarazos, pobre calidad en la prestación de los servicios, tanto en el control prenatal como en la atención del parto y puerperio; estos son algunos factores que contribuyen a la mortalidad materna.

El Municipio de Siuna conforma uno de los seis Municipio de la RAAN con una población aproximada de 78,168 habitantes. Siendo el Municipio que presenta una alta tasa de mortalidad materna del 1,526.7 en comparación con el Municipio de Puerto Cabezas que presenta una menor tasa del 154.5(4).

Es de gran importancia conocer la percepción de los actores sociales sobre la mortalidad materna en el Municipio de Siuna – RAAN, porque esta problemática va adquiriendo mayores dimensiones que afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los resultados encontrados en el estudio de percepción de actores sociales sobre mortalidad materna en el Municipio de Siuna del 2000 al 2001 relacionados a las causas sociales de mortalidad son producto de la crítica situación de pobreza en que vive la población, el bajo nivel de escolaridad y los servicios de salud.

1.a Antecedentes

En América Latina, Nicaragua presenta la segunda tasa más alta de mortalidad materna y en el país la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) encontrando la tercera tasa mas alta(2).

En 1984 la mortalidad materna alcanzaba la cifra de 47 por 100,000 nacidos vivos, esto difería mucho de la realidad. Desde 1987 es obligatorio notificar las muertes maternas por lo que en 1988 se registró una tasa de 87 por 100,000 nacidos vivos. Al inicio de los noventas se reflejaba un valor cercano a los 100 por 100,000 nacidos vivos(6).

Aproximadamente el 80% de las defunciones maternas son muertes por causas obstétricas directas, es decir, que se producen como consecuencia de las complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio) suelen deberse a una de las cinco causas principales; hemorragia, hipertensión gestacional, sepsis y las complicaciones relacionadas con el aborto. De la intervención; las omisiones, el tratamiento incorrecto; o de una sucesión de acontecimientos derivados de cualquiera de los factores mencionados.

Las defunciones maternas restantes obedecen a causas indirectas agravadas por el embarazo tales como: la malaria, diabetes, anemia, cardiopatías reumáticas, etc. Aunque estas condiciones no son necesariamente prevenibles, todas podrían tratarse si hubiera disponibilidad de servicios maternos de alta calidad y fácil acceso(7).

Existe un sistema de registro de información sobre morbilidad materna que se hace a través del llenado de una ficha como instrumento de recolección de datos aplicados en cada una de las unidades de salud,

donde a nivel de la RAAN la tasa acumulada al mes de abril 2001 es de 246.20 (4)

El Municipio de Siuna hasta el mes de abril 2001, según registro de mortalidad materna bajo vigilancia epidemiológica presenta la cifra más alta de la tasa acumulada por cada 100,000 habitantes siendo de 1526.7 y el Municipio que presente la menor tasa es Puerto Cabezas con 154.5 (4)

En un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) las Minas Recinto Siuna, sobre la calidad y nivel de vida en la zona de amortiguamiento de la reserva de biosfera de BOSAWAS demuestra que como efectos de la frontera agrícola los comunitarios no tienen una organización social comunitaria, existe mucha pobreza, con un difícil acceso de los servicios básicos (7)

1.b Justificación

La mortalidad materna continua siendo uno de los mayores retos para el desarrollo humano, se observa desde inicio de los años 90 una tendencia de incremento en el país. En la Región Autónoma del Atlántico Norte, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido elevada (>200) a pesar de la presencia de personal especializado en la cabecera departamental y ausente en el Municipio de Siuna.

Hasta el momento no se han realizado estudios en el Municipio de Siuna, de porqué ha aumentado la mortalidad materna en esta Región, ni a nivel hospitalario ni a nivel extrahospitalario.

Los resultados del presente estudio pueden ser tomados como referencias para la orientación del trabajo que realizan los entes encargados de promover la salud sobre el problema de muertes maternas, que tanto afecta al sector rural del municipio de Siuna.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el siguiente estudio se plantea la siguiente finalidad:

- a) ¿Cuál es la percepción de los actores sociales relacionada con la mortalidad materna en el Municipio de Siuna?
- b) ¿Cómo se relacionan los factores socio políticos, demográficos y culturales con la mortalidad materna en el Municipio de Siuna?
- c) ¿Cuáles son las consecuencias que provoca la mortalidad materna en el Municipio de Siuna?

Por lo tanto, se pregunta lo siguiente:

¿Cuál es la percepción de los actores sociales sobre los principales factores que inciden en la mortalidad materna en el Municipio de Siuna, 2000 a 2001?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Identificar la percepción de los actores sociales sobre los principales factores que inciden en la mortalidad materna en el Municipio de Siuna, RAAN, 2000 – 2001.

3.2 Objetivos específicos:

1. Conocer las principales percepciones de los actores sociales relacionado con la Mortalidad Materna en el Municipio de Siuna.
2. Relacionar los factores socio políticos, demográficos y culturales de la mortalidad materna en el Municipio de Siuna.
3. Describir las consecuencias que provoca la mortalidad materna en el Municipio de Siuna.

IV. MARCO TEÓRICO

Generalidades:

La percepción de personas abarca todos aquellos procesos de cognición o entendimiento de un individuo particular o sobre la formación de impresiones sobre él. Es posible percibir a una persona en el sentido literal y estricto de la palabra. Las personas son objetos físicos y, de hecho, percibimos su cuerpo, el ritmo de su movimiento, los matices de su piel y el color del cabello. Pero aquí nos interesa una visión más metafórica de la percepción; visión que trae consigo el inferir propensiones contra las que choca cuando intenta comprender su propio ambiente social(8).

Percepción del riesgo: La decisión de una persona de aceptar o rechazar un riesgo depende de varios factores. Las personas suelen percibir los riesgos como insignificantes, aceptables, tolerables o inaceptables, y compararlos con las ventajas, que deben compensar sobradamente el riesgo. Esa percepción depende de la edad, del sexo y de la cultura y educación de las personas(9).

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información que de él se deriva puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria (9).

El embarazo puede ser riesgoso cuando; se produce en edades extremas de la vida, no hay espaciamiento entre un parto y otro, cuando

una mujer tiene demasiados hijos e hijas y cuando los servicios de salud no le brindan una atención suficiente, oportuna y de buena calidad. Los riesgos se acentúan de acuerdo al grado de desarrollo de cada país (9).

El enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud / enfermedad(10).

La mortalidad materna es un indicador sensible de inequidad y señala el acceso al conocimiento, actitudes, y prácticas de las mujeres a los servicios de salud, además tiene una relación directa con el nivel de bienestar material de las mujeres (educación, salud, vivienda, agua potable, nutrición, alimentos, acceso a la tierra, ingreso, luz eléctrica, empoderamiento entre otras), sobre las poblaciones indígenas y marginadas de Nicaragua (12).

Las muertes maternas resultan de una combinación de factores sociales, causas médicas y fallas en el sistema, lo que conlleva a la morbi-mortalidad materna y neonatal.(4).

“Se define como muerte materna de una mujer, la que ocurre mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”(13).

4.1. Causas de la mortalidad materna:

La muerte de una mujer en edad fértil (determinada oficialmente entre los 15 y 49 años) relacionada con la maternidad, es consecuencia de desventajas sociales, educativas, económicas, y culturales, pero sobre todo de género. En los países en desarrollo, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil. A parte de otras que también se relacionen con las desventajas sociales y de género, tales como el VIH/SIDA, y la violencia doméstica (22).

Según Cáceres, citado por Euri Fuentes (2000) países con alto nivel desarrollo tienen tasas de mortalidad materna de 4 ó 5 por cien mil nacidos. En nuestro país se producen 150 muertes por cada cien mil nacidos (23).

Otros factores que influyen la posibilidad que tiene una mujer de sobrevivir a las complicaciones del embarazo y el parto son: las condiciones sociales de las niñas y las mujeres; el acceso a los servicios de salud y de planificación familiar y su uso; la cantidad de hijos que ha tenido; la edad al quedar embarazada y el estado nutricional de la mujer desde que nace, entre otros factores (23).

4.1.1. Factores que influyen en la mortalidad materna

Los factores de riesgo son: Si la embarazada es menor de 18 o mayor de 35 años, si el primer embarazo es después de los 30 años, que haya tenido más de 5 hijos, que haya tenido partos problemáticos o que haya

sido cesárea anteriormente, que la embarazada sea muy gorda o muy chaparrita o si la mujer está muy enferma entre otras(12).

a) Muerte materna por causa obstétrica directa

Son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, incluyendo las complicaciones del aborto.

- Embarazo terminado en aborto.
- Edema, proteinuria y desórdenes hipertensivos del embarazo, parto y puerperio.
- Hemorragias: en el embarazo por aborto espontáneo o inducido y embarazo ectópico; en el parto por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta; en el puerperio por retención placentaria o atonía uterina.
- Sepsis puerperal.
- Trabajo de parto obstruido.
- Complicaciones del embarazo ectópico.

b) Muerte materna por causa obstétrica indirecta:

Son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debido a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

- ♦ La Anemia.
- ♦ La Malaria.
- ♦ La Hepatitis viral.
- ♦ Las Cardiopatías.
- ♦ La Diabetes.

c) Muerte materna por causa no obstétrica:

Es la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su atención. Se puede citar como ejemplo: la muerte de una gestante después de un accidente de tránsito o después de una cirugía por un tumor cerebral. (13).

4.1.2. Mortalidad materna por causas obstétricas directas:

Aborto: La incidencia de abortos inducidos en los países de América Latina y el Caribe no es bien conocida debido a su característica de ilegalidad en la mayoría de ellos. Esto también es válido para el registro de la mortalidad por aborto. El subregistro, en cifras recientes

el aborto aparece como la primera causa de mortalidad materna en 7 de 23 países analizados, y ocupa el segundo lugar en otros (18).

Las defunciones por aborto varían entre el 5% (Canadá y Uruguay) y 35% (Argentina y Chile) del total de las defunciones maternas. En los demás países, el hecho de que el aborto no figure como la primera causa de mortalidad materna no indica que su incidencia sea pequeña, ya que la mayoría de ellos no se conoce el valor real de este indicador. Aun que no se disponga de métodos para estimar el número de abortos ilegales, una estimación confiable de la mortalidad por aborto ilegal es de 1,000 muertes para cada 100,000 procedimientos, es decir 1 por cada 100 abortos ilegales. (15)

En Nicaragua, alrededor del 6% de las muertes maternas ocurren en gestaciones que finalizan en un aborto espontáneo o inducido. La principal complicación del aborto inducido en nuestro país es el shock séptico y la CID, lo que lleva a fallas multiorgánicas y muerte (15).

La mortalidad materna aumenta con la edad de gestación cuando el aborto se realiza entre la 16 y 20 semanas, es 20 veces más alta cuando se realiza antes de la octava semana. (13)

El riesgo de muerte materna asociado con el aborto legal aumenta con la edad de la madre, el riesgo es relativo cuando la edad es de 40-44 años es de 2.5 veces mayor que cuando la interrupción del embarazo se realiza en mujeres de 19 o menos años. Así mismo el riesgo de muerte materna aumenta con la paridad, el riesgo relativo es casi 3 veces mayor que en las mujeres nuliparas (13).

Toxemias: representan la primera causa de mortalidad materna en 6 de los 23 países analizados de la región (Brasil, Costa Rica, Ecuador,

República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela), y la segunda en 9 de estos. La diferencia del indicador entre países es notable; la mortalidad materna por esta causa es 9 veces mayor en el Ecuador que en Cuba. Esto hace suponer que existen diferencias sustanciales en la calidad y en la cobertura de la atención prenatal y del parto (3).

En Nicaragua la enfermedad hipertensiva estacional representa el 20% de la muerte materna directa(13).

Las complicaciones de la hipertensión inducidas por el embarazo en otros países son la causa del 12% de las muertes maternas que ocurren antes de la finalización del embarazo (13).

La preclampsia está asociada con un 35% de estas muertes, el 58% con la eclampsia y el 7% que corresponde a otro estado hipertensivo. Las complicaciones cerebro vascular están presentes en el 65% de los casos, son responsables del 20% de la mortalidad materna en la eclampsia (13).

Los factores que más frecuentemente se asocian a la hipertensión inducida por el embarazo son:

- ♦ La nuliparidad: aproximadamente el 75% de los casos y de la edad es de 35 años o más el riesgo de presentar la enfermedad es más alto.
- ♦ Antecedentes familiares.
- ♦ Embarazos múltiples: es 5 veces mayor que la observada en la población general.

- ♦ La existencia de diabetes mellitus, polihidramnios y la mola hidatiforme, la aparición de pre-eclampsia, eclampsia es más frecuente sobre todo en las molas de gran tamaño y cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habituales.
- ♦ Hipertensión crónica: la incidencia de la enfermedad se quintuplica con relación a lo esperado.
- ♦ Factores ambientales: el riesgo es mayor en las que viven a más de 3,000 mt. Sobre el nivel del mar
- ♦ Desnutrición y obesidad.

Hemorragias: ocupan el primer lugar como causas de mortalidad materna en 5 países y el segundo en otro 2 países. En el Ecuador y México representan el 25% de las defunciones maternas, a su vez Ecuador y Perú presentan tasas de 27 a 30 veces superiores a las de Canadá y Cuba, lo cual refleja la calidad y el acceso a los servicios de salud. Un indicador de esta situación es la proporción de partos atendidos en hospitales o por personal profesional, que en Costa Rica supera el 99%, mientras que en el Ecuador es del 52.2% y en el Perú es del 49.5%. (15)

Las principales condiciones clínicas asociadas con las hemorragias que causa la muerte de la madre son la ruptura de un embarazo ectópico, DPNI (desprendimiento de placenta normo inserta), coagulación intra vascular diseminada (CID), placenta previa, retención placentaria(15).

Complicaciones del puerperio: el grupo de las complicaciones del puerperio constituye un conjunto de causas de mortalidad materna cuya

interpretación se remite habitualmente a la cobertura y a la calidad de los servicios de atención del parto y de vigilancia del período puerperal. En Canadá, El Salvador, Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay constituyen la primera causa de muerte materna. Uno de los factores que contribuye al mantenimiento de elevada tasa de mortalidad materna por complicaciones del puerperio es el exceso de intervención médica durante el parto y en particular, la práctica indiscriminada de la cesárea, al punto que hoy se puede hablar, sin riesgo de error de una mortalidad materna por cesárea. El abuso de la cesárea se transforma en un problema adicional, ya que existen evidencias de que el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en la cesárea, en relación al parto vaginal. En América Latina y el Caribe no existe información acerca del tema. Un estudio en Estados Unidos demostró una tendencia ligeramente ascendente de la mortalidad materna por esta causa, frente a la disminución del resto de causa. (15)

4.1.3. Situación de la Mortalidad materna a nivel mundial y en América

La magnitud real de la mortalidad materna permanece desconocida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Contribuye a esta situación por un lado, la definición restringida de mortalidad materna (clasificación internacional de enfermedades; OPS) actualmente utilizada y por otro lado los graves problemas de integridad en la información de las estadísticas de mortalidad general presentes en algunos países de la región que se agudizan en el caso de la mortalidad materna (17).

Además del problema planteado por la definición de la mortalidad materna vigente, la propia forma de cálculo de indicador no constituye la mejor representación del fenómeno porque utiliza la cifra de

nacimientos vivos registrados como estimador de la población expuesta al riesgo. De aquí que en términos estadísticos sea más preciso hablar de una “razón de mortalidad materna” que de una tasa propiamente dicha. El efecto evidente del uso de este tipo de estimación es la subvaloración del tamaño real de la población expuesta al riesgo de morir por causa materna(17).

A los problemas de aplicación de la definición y de forma de cálculo se agregan las diferencias en la calidad de la información e, incluso, la muy variable capacidad para el análisis y la utilización de la misma (16).

Los países donde la información es más escasa y deficiente tienden a ser precisamente aquellos donde la mortalidad materna es más alta (3).

El sub registro de defunciones maternas, aún en los países desarrollados, se ha estimado en hasta un 39% y pasa de 79% en otros de menor desarrollo. Tal situación se debe no solo a la omisión neta del registro de defunciones que tiene lugar en varios países de la región, sino también a la asignación y a la codificación equivocada de la causa de defunción (2).

Una forma adicional de estimar el subregistro para años relativamente recientes es el “método de la sobrevivencia de hermanas”, el cual ha permitido realizar nuevas estimaciones para áreas geográficas – poblacionales determinadas con resultados que triplican y hasta quintuplican la tasa de mortalidad materna obtenida en algunos países de la región por medio de los registros de estadísticas vitales(3).

En los Estados Unidos del Norte América se ha mostrado que los datos de los registros civiles subestiman en un 25%, por lo menos, el número

de muertes maternas. Los estudios en Egipto y Jamaica muestran que la tasa de mortalidad son dos veces más altas que la que muestran las estadísticas oficiales (3).

4.1.4. Situación de la Mortalidad materna en Nicaragua

En Nicaragua, sólo cuatro de cada diez mujeres dan a luz a sus hijos en un hospital y las mujeres que están relacionadas con las muertes maternas son las que viven en las zonas rurales (20).

Las muertes maternas reportadas proceden de las áreas rurales del país en un 62%, lo cual demuestra que un factor contribuyente de la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud y una sumatoria de factores característicos en estas zonas, tales como el analfabetismo, pobreza alta y extrema, patriarcado, dificultades de transporte, factores culturales. (20)

El 41% de los SILAIS (7) reportan el mayor número de muertes maternas, siendo éstos: Matagalpa (10), Jinotega (9), RAAN (8), Chontales (4), Río San Juan (4), Managua (3) y la RAAS (3), las que representan el 80% (41) de las muertes notificadas a nivel nacional (23).

La tendencia de las muertes maternas es hacia la reducción de los casos reportados en 9 SILAIS del país en relación al año 2002. La reducción más importante en este periodo se reporta en los SILAIS Chinandega, Managua, Nueva Segovia y la RAAS. Los SILAIS Chontales y Carazo mantienen igual número de defunciones para este periodo (23).

En los SILAIS Río San Juan y Jinotega ha habido un incremento en el número de muertes maternas obstétricas, en relación al mismo periodo del año 2002 (23).

En el SILAIS Jinotega la mortalidad materna ha aumentado en 2 defunciones (29%) en relación al año 2002. Hasta el periodo analizado se reportan 9 muertes maternas por causa obstétrica, de las cuales 8 eran procedentes del área rural y 1 del sector urbano (23).

En Río San Juan el número de muertes aumentó en 3 más en relación al año 2002. Hasta este momento se reportan 4 defunciones, todas procedentes del área rural. Se registraron 2 por causa obstétrica directa y 2 indirectas (23).

Los SILAIS León, Madriz, Masaya, Managua, Nueva Segovia y Granada, se registran el 100% de sus muertes como de causa directamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. De igual manera en Matagalpa, Jinotega y la RAAN el 80% de las defunciones son por estas causas. (23)

4.1.5. La pobreza en Nicaragua

Kambur y Squire (1999), al referirse a las convencionales de medir la pobreza, utilizan el siguiente concepto: la pobreza es *“el estado del que carece una cantidad normal o aceptable desde el punto de vista social de dinero o de bienes materiales”*. Los mismo autores, señalan que esa definición plantea que la pobreza tendrá características diferentes de acuerdo a cada contexto y que, además

indica que la superación del estado de pobreza estará determinado por la capacidad de adquirir bienes, servicios (dinero) y propiedades.

Este concepto ha sido determinante en la forma como se ha medido la pobreza. Los primeros esfuerzos para determinar el nivel de pobreza, se basaron en el análisis del presupuesto necesario para obtener las necesidades mínimas y mantenerse materialmente.

Kambur y Squire señalan que en la medida en que progresó la tecnología y se tuvo un aumento del nivel de vida en general, se identificaron tres elementos que incidieron en el nivel de pobreza: nuevos artículos de consumo, cambios en las formas como se organiza la sociedad y el mejoramiento en general de las condiciones sociales. Ante esta situación algunos, comenzaron a estudiar la pobreza aplicando la información sobre los gastos de las familias preferiblemente. (Anand y Harris, 1994)

Los estudios de pobreza han pretendido utilizar la metodología de línea de pobreza no sólo para medir la pobreza en sí, sino que además para monitorear el avance en su reducción. Sin embargo, se han identificado algunas deficiencias en la metodología tales como (19):

- No da margen para diferenciales en el costo de vida en los diferentes países.
- No distingue entre la pobreza transitoria y la crónica.
- Sólo valora los bienes y servicios que se prestan por medio del mercado.
- No considera la asignación intra doméstica de gasto.
- Trata las diferencias entre la cantidad de integrantes y la composición de un hogar de forma esquemática.

En el caso de Nicaragua, se han utilizado diversos métodos para medir la pobreza. Entre ellos destacan los siguientes (19):

- La medición de necesidades básicas insatisfechas.
- El consumo indispensable para la sobrevivencia.
- Estudios cualitativos de la pobreza y la exclusión social.

En el método de las necesidades básicas insatisfechas se toma en cuenta la cantidad de familias que presentan algunas de las siguientes características o indicadores:

- No tienen inodoro o letrina, o no cuentan con agua potable dentro de la casa ni cerca de la vivienda.
- Cuatro o más personas comparten una habitación, porque faltan habitaciones en la casa.
- Hay, por lo menos, un niño o niña entre los 7 y los 14 años que no va a la escuela; ya sea porque no hay escuela cerca o porque la familia es tan pobre que no puede enviar a clases a sus hijos o hijas;
- Hay dos o más personas en el hogar que dependen de un jefe o una jefa de familia con la educación primaria completa.

En el método de las necesidades básicas insatisfechas se considera el tipo y los materiales utilizados en la vivienda, el grado de hacinamiento, el acceso al agua potable y al saneamiento, el índice de dependencia económica al interior de la familia y la escolarización. De acuerdo con este método, si sólo se presenta una característica son pobres; si presentan al menos dos características son muy pobres o extremadamente pobres (11).

El siguiente método de medición de la pobreza se lleva a cabo mediante el agregado de consumo. Es el más utilizado en Nicaragua. La línea de

pobreza calcula los requerimientos nutricionales mínimos, establecidos en 2,226 kilocalorías por persona a un costo de cuatro mil doscientos cincuenta y nueve córdobas al año (C\$4,259.00) (11).

En el método cualitativo, las personas pobres tienen la oportunidad de expresar sus percepciones acerca de las causas de la pobreza así como recomendaciones para combatirla (11).

Con el método de las necesidades básicas insatisfechas, casi tres cuartas partes de la población nicaragüense es pobre. La pobreza alcanzaba en 1998 al 72.6% de los hogares, con mayor gravedad en el campo en donde alcanzaba al 80.2% de los hogares rurales, mientras que en la ciudad, alcanzaba al 66.8% de los hogares (11).

De acuerdo con ese método, en las Regiones Autónomas, la pobreza descendió en el área urbana pasando de 95.8% en 1993 a 88% en 1998; mientras que en las áreas rurales, pasó de 89.5% a 92.1% entre 1993 y 1998 (11).

Según el método de la línea de pobreza, la mitad de la población de Nicaragua es pobre. En 1998 el 47.9% de la población de Nicaragua era pobre y el 17.3% de la población vivía en condiciones de extrema pobreza. Eso significa que en Nicaragua existen no menos de 2 millones 300 mil habitantes pobres, de los cuales 830 mil son extremadamente pobres, o sea, que todo lo que tienen los gastan en comida y ni así logran cubrir los requerimientos nutricionales básicos para sobrevivir (11).

De acuerdo con este método, descendió el promedio nacional de pobreza entre 1993 y 1998, pasando de 50.3% a 47.9%. En las áreas urbanas la pobreza descendió un punto porcentual entre 1993 y 1998,

pasando de 31.9% a 30.5%. En las áreas rurales, descendió siete puntos, pasando de 76.1% a 68.5% entre 1993 y 1998 (11).

En el caso de las Regiones Autónomas, la situación varió y en el caso de las áreas urbanas aumentó 8.9 puntos, pasando de 35.5% a 44.4% entre 1993 y 1998. En el caso de las zonas urbanas, experimentó un ligero descenso, pasando de 83.6% a 79.3% en el mismo período (11).

Entre los 59 municipios donde la pobreza alcanza más del 80% de los hogares, 20 pertenecen a la RAAN y la RAAS. De los 10 municipios más pobres en el país, 3 son de las Regiones Autónomas: Prinzapolka, ocupando la primera posición, Waspam en el octavo lugar y el Ayote en el décimo (11).

El Informe de desarrollo humano de Nicaragua (2000) destaca las brechas Territoriales. Al referirse a las Regiones Autónomas, resalta indicadores tales como la tasa de densidad telefónica que en 1999, era de 73.7 teléfonos por mil habitantes como promedio nacional, en cambio en el Atlántico era de 5.5 teléfonos por cada mil habitantes.

El índice de electrificación en 1999 era de 68% en Managua, en cambio, en las Regiones del Atlántico era 17%. Esto se agrava al comparar cifras como la mortalidad materna. Que en la RAAN alcanza cifras de 236 muertes por 100,000 nacidos vivos, cifra sólo superada por Jinotega. Las cifras más bajas se dan en los Departamentos del Pacífico. En el caso de la escolaridad promedio, se encuentra en el Atlántico rural 2.7 y 2.1 años de escolaridad promedio, mientras en Managua es de 6.6 años (11).

Los estudios cualitativos de pobreza, revelan que la población de todos los sectores socioeconómicos tienen un concepto amplio y

multidimensional de la pobreza, que va más allá de la falta de empleo e ingresos. Abarca las esferas social, cultural y moral además de la económica. Significa estar y sentirse excluido de las decisiones políticas y económicas que afectan su vida y también estar al margen del sistema de protección social y legal (11).

Los resultados del estudio de González, revelaron que la población tienen una visión integral de las causas y perpetuación de la pobreza y la ven como el producto de complejos procesos sociales, políticos y económicos que interactúan entre sí y que ha sido determinada por los cambios de regímenes políticos y económicos por los que ha pasado el país en los últimos 50 años (5).

Las comunidades de la Costa Atlántica perciben que la pobreza ha estado determinada por la participación en el proceso de formación y consolidación del Estado Nacional, de la cual ha estado totalmente aislada la Región. Para la población costeña, la exclusión alcanza la mayoría de los aspectos de la vida económica y política nacional (5).

“Con excepción de los caminos hacia el Pacífico, la presencia del Estado es mínima. La vida económica está expuesta a las inversiones de empresas extranjeras que establecen sus propios términos para negociar directamente con el gobierno central, reduciendo las posibilidades de participación de los gobiernos autónomos y la población local”.

Según indicadores elaborados por el Gobierno de Nicaragua, a través del Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE), existe un mapa de pobreza nacional el cual se muestra en el gráfico siguiente: Departamento de Nicaragua / Mapa de Pobreza Nacional. (14)

El FISE calcula el Índice Relativo de Pobreza (IRP) ponderando tres condiciones: desnutrición crónica, cobertura del servicio de agua potables y porcentaje de población desplazada. De esta manera ha definido tres niveles de pobreza: pobreza extrema, cuando el 49.90% a más de la población carece de los servicios usados como indicadores, pobreza alta, cuando el 49.90 al 25.01% de la población de un territorio no recibe beneficios, y un nivel de pobreza media, cuando menos del 25% de la población de un lugar, recibe beneficios usados como indicadores. Un dato importante a relevar, es la RAAN fue uno de los departamentos que a nivel nacional, concentró un elevado número de población desplazada y repatriada, producto del conflicto bélico. Datos de ACNUR (1994) indican que hasta esa fecha, un promedio de 30,000 personas habían regresado a sus comunidades de origen, una vez concluido el conflicto militar (14).

El Municipio de Prinzapolka posee los mayores niveles de pobreza (extrema) y Puerto Cabezas, el menor. Habría que destacar que el indicador agua potable (carencia de sistemas) es el de mayor peso en la definición de estos niveles de pobreza en todos los municipios, exceptuando el de Rosita, lo cual no es del todo correcto, ya que el sistema de agua existente solamente cubre una parte del casco urbano.(14)

La medición de pobreza se hace en base a indicadores estrictamente de orden social, soslayando otros de carácter económico (empleo, ingresos, actividades productivas) que podrían introducir modificaciones a los resultados, especialmente en aquellas localidades y comunidades en donde actualmente se viven procesos de reactivación económica. De esta manera, es muy posible que en comunidades de Sandy Bay, Municipio de Puerto Cabezas (Dakura, Pahra, otras) los ingresos

obtenidos por un buzo de langostas indican que sus niveles de pobreza no son extremos. (14)

La Región Atlántica presenta las peores condiciones de pobreza y problemas sociales en el país y han tenido muy poco progreso desde 1993. El mismo informe destaca que en las Regiones Autónomas se presentan los peores indicadores de pobreza extrema, 17% a nivel urbano y 41.4 % a nivel rural. Sus indicadores sociales no sólo son los peores, sino que demostraron muy poco avance a partir de 1993. Nacimientos por mujer son las más altos a nivel nacional con 3.7, comparados con el promedio nacional de 2.5. Los indicadores de educación y salud no reflejan ninguna mejoría con las 2 quintas partes de los niños de 7 a 12 años sin atender las escuelas, 80% de los nacimientos no son institucionales y la incidencia de la diarrea infantil en menores de 6 años registró incremento a 29% en 1998. Las condiciones de vivienda e infraestructura son las peores a nivel nacional, con hacinamiento, falta de acceso a agua limpia, letrinas, electricidad deterioradas en relación con 1993 (5).

De acuerdo a los datos del mismo Estudio sobre pobreza (5) en Nicaragua, dado el ingreso per cápita de U\$430 para 1999, Nicaragua se mantiene como uno de los países más pobres de América Latina, por lo tanto, es normal encontrar altos índices de pobreza junto a indicadores sociales débiles, reflejando con ello niveles altos y extensivos de pobreza. Entre los aspectos relevantes del perfil de pobreza, se identificaron los siguientes:

La niñez, especialmente los menores de 5 años, se constituyen en un sector de prioridad para los esfuerzos de reducción de pobreza. Ese grupo representa el 13.7% de la población nacional, sin embargo alcanzan el 18.2 y el 17.1% de las pobres y extremadamente pobres. Le

sigue el grupo de edad de menores de 17 años entre los segundos más pobres, representando este grupo el 501.% de la población nicaragüense y con el 61.1 y 57.3% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

4.2. Factores sociopolíticos, demográficos y culturales relacionados con la mortalidad materna.

4.2.1. Factores sociopolíticos:

En la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna, muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual, que les obligan a ser madres y amas de casa, atender a los demás y desempeñar múltiples labores simultáneamente. Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, que añadida a la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo (23)

Al mismo tiempo, muchas mujeres no se dan cuenta de los riesgos que corren en este sentido -ya sea por falta de educación o como consecuencia de sus creencias culturales en torno a la reproducción- y no buscan atención adecuada. Otras mujeres se percatan de los riesgos pero no tienen acceso a buenos servicios de salud por problemas de distancia, transporte o costo, o porque no es buena la atención que se presta en los centros de su comunidad. Incluso cuando existen servicios de salud, ciertos problemas que resultan delicados en determinados contextos culturales, particularmente los que guardan relación directa con la reproducción, no se reconocen como objeto de atención médica

de ninguna clase. Esto aumenta los riesgos que enfrentan las mujeres con dichos problemas, en particular aquéllas que sufren las complicaciones de abortos ilegales y otros procedimientos (23).

Naturalmente, todos los riesgos mencionados pueden dar lugar a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio o causar una defunción obstétrica directa o indirecta. Pero además, las mujeres que sobreviven el ciclo reproductivo en condiciones inadecuadas suelen convertirse en madres debilitadas y reinician el ciclo en circunstancias cada vez menos favorables. Por tales motivos merece la pena prestar atención a algunos de los principales factores sociales que desfavorecen a la mujer y que menoscaban su salud (23).

En muchas partes del mundo en desarrollo, el tener hijos constituye una de las formas más importantes que tiene la mujer de subir en la escala social. En un estudio efectuado en una zona rural de Oaxaca, México, se encontró que un alto porcentaje de las mujeres sentían una enorme presión social y política de tener muchos hijos. En este caso se usaba un argumento poco usual: mantener la base poblacional de la zona era asunto de gran prioridad debido a la falta relativa de hombres en la comunidad. Aunque tal vez con otros argumentos, esta presión que obliga a la mujer a tener muchos hijos no se limita a México o América Latina, ya que también se observa en muchos otros países del mundo en desarrollo(24).

En 1988 se encontró en un estudio del *Population Crisis Committee*¹⁰ que más de la mitad de las niñas y mujeres en el mundo entero vivían en condiciones que amenazaban su salud y que les impedían tomar decisiones reproductivas o participar de lleno en los ámbitos educativos

y económicos de la sociedad. Un motivo importante es la discriminación que sufre la mujer. Según Royston, *et al*,¹¹ "la discriminación sexual, como factor que contribuye a la mortalidad materna, ha recibido escasa atención y se ha ocultado dentro del problema general de la pobreza y el subdesarrollo, problema que presuntamente coloca a todo el mundo - hombres y mujeres, adultos y niños- en igual desventaja en términos de salud". Abundan las pruebas, sin embargo, de que las mujeres enfrentan una situación de falta de equidad en relación con los hombres en términos de condición social, empleo, educación y cobertura y calidad de los servicios de salud. Estas circunstancias contribuyen a la mortalidad materna (24).

Las mujeres desempeñan un papel cada vez más importante en el ámbito laboral. En la actualidad alrededor de una cuarta parte de la fuerza laboral remunerada en América Latina, se compone de mujeres. Lamentablemente, muy a menudo la jornada de trabajo representa una carga que se añade a las tareas domésticas. Según la *International Labor Office*, en 1985 las mujeres que trabajaban dedicaban sólo unas cuantas horas menos a los quehaceres domésticos que las que se dedicaban por entero al hogar, quienes solían dedicar alrededor de 57 horas semanales a sus tareas. Esta sobrecarga simultánea de actividades domésticas y laborales puede afectar seriamente el estado de salud de una mujer (24).

Por otra parte, es importante reconocer que el trabajo remunerado le confiere a la mujer una posición más alta dentro del hogar porque le permite ser fuente de ingresos. Si bien es cierto que el trabajo fuera del hogar obliga a la mujer a asumir responsabilidades nuevas y a menudo excesivas, también la ayuda a hacer frente a sus nuevas obligaciones, ya que significa una mejor posición y un ingreso más alto(24)

En general, los problemas de salud materna relacionados con el trabajo se presentan no como consecuencia del trabajo en sí, sino cuando éste se combina con faenas domésticas pesadas o cuando en un lugar de trabajo en particular existen condiciones que afectan adversamente a la salud materna (23)

Las malas condiciones sociales, económicas y culturales, pueden menoscabar la salud de generaciones sucesivas de mujeres y a menudo lo hacen. Como ha señalado Winikoff,¹⁵ la mala salud durante el embarazo se acompaña del riesgo de que la madre afectada dé a luz un hijo enfermo. Si el niño sobrevive, son grandes las posibilidades de que se perpetúe su mal estado de salud, especialmente porque la madre tiene poca energía para dedicarse a su bienestar físico y mental (24).

Si el recién nacido es niña, podría ser víctima a su vez de discriminación en las áreas de salud, nutrición y educación y corre un riesgo bastante grande de llegar a ser también una mujer enferma y de escasos recursos. Cuando quede embarazada, se cerrará el círculo vicioso.(24)

4.2.2. Factores demográficos:

Los indicadores de fertilidad de Nicaragua, son el doble de los promedios de América Latina. La población nicaragüense es joven, 50% son menores de 17 años. A los 19 años, la mitad de las mujeres han pasado por lo menos, por un embarazo. (26).

Las mujeres pobres, tienen menos posibilidades de asistir a la escuela y trabajar fuera del hogar (26).

Se reflejan altos índices de violencia intra doméstica. Una tercera parte de mujeres reportan haber sido físicamente abusadas, muchas veces en presencia de sus hijos y en estado de embarazo.(26)

Hay una situación de desnutrición generalizada. Aproximadamente 20% de los menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. Esta cifra sube a 36% entre los pobres extremos(26).

Nicaragua registra altos índices de mortalidad infantil y mortalidad materna, altas tasas de prevalencia de enfermedades parasitarias e infecciosas y desnutrición (26).

Estudio realizado por ENDESA (1994) refleja que las coberturas de control prenatal y parto muestran mejoras apreciables entre 1991 y 1995. La cobertura de control prenatal aumentó de 52,3 por ciento a 75,8 por ciento, en el período mencionado. De manera similar, el cuarto control prenatal aumentó de 18,3 por ciento a 26,9 por ciento (22).

La atención del parto en servicio se incrementó de 20,0 por ciento en 1991 a 26,5 por ciento en 1995. Similarmente, el parto domiciliario aumentó de 5,2 a 9,3 por ciento, respectivamente, esta información es proporcionada por el personal de salud y el personal comunitario relacionado con los servicios de salud (22).

De acuerdo con los datos obtenidos por la ENDESA 94, se observa que los porcentajes de atención de parto domiciliario son mayores en relación a los partos atendidos en los servicios de salud con grandes diferencias entre las áreas urbanas y las rurales (22).

La atención del parto en los servicios de salud en el área urbana alcanza a 61,7 por ciento, mientras en las áreas rurales sólo llega a 20,9 por ciento. La atención de partos domiciliarios en el área urbana alcanza a 38,0 por ciento y en el área rural a 78,4 por ciento (22).

El parto asistido por personal de salud (médico, enfermera y auxiliar de enfermería) alcanza a 42,7 por ciento, mientras que la asistencia por parteras y/o familiares alcanza a 50,5 por ciento; porcentaje que varía de acuerdo al lugar de residencia (22).

El 61,8 por ciento de los partos en las áreas urbanas son atendidos por médicos, mientras que en las áreas rurales el 58,1 por ciento son atendidos por familiares y/o amigos (22).

En Nicaragua las muertes maternas reportadas proceden de las áreas rurales del país en un 62%, lo cual demuestra que un factor contribuyente de la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud y una sumatoria de factores característicos en estas zonas, tales como el analfabetismo, pobreza alta y extrema, patriarcado, dificultades de transporte, factores culturales (26).

El mayor número de muertes han ocurrido en el área rural y en el domicilio, lo cual nos indica la necesidad del trabajo intersectorial y comunitario, siendo necesario una mayor participación de las instituciones gubernamentales y las ONGs en las comisiones locales de lucha contra la mortalidad materna, para el establecimiento de mecanismos conjuntos de coordinación y de gestión.

De igual forma es importante que la comunidad esté organizada en función de fortalecer los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva, identificación de signos de peligro, estar preparados para el traslado de una mujer en caso de complicaciones obstétricas y las referencias oportunas hacia las unidades de salud (26).

A la par de estas acciones se requiere por parte del personal de salud un mayor esfuerzo dirigido a la promoción e incremento de las coberturas de planificación familiar, fortalecimiento de la calidad de la atención prenatal, el parto y puerperio institucional, así como el mejoramiento de la atención a las emergencias obstétricas que se traduce en el desarrollo de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) básicos y completos. Esto permitirá el mejoramiento de la atención, el equipamiento e insumos básicos necesarios para fortalecer el acceso a procedimientos quirúrgicos y mejorar la coordinación entre el primer y segundo nivel de atención en salud (26).

4.2.3. Factores Culturales

4.2.3.1. Accesibilidad y calidad de la atención de salud

El acceso deficiente a la atención de buena calidad por razones de transporte o costo, por las características de los servicios disponibles tiene gran impacto en la salud materna. El mayor efecto lo ejercen aquellas circunstancias que se relacionan con la mala calidad de la atención. Los servicios deficientes, la falta de recursos esenciales, el personal mal adiestrado, la ausencia de un sistema eficaz de remisión de casos y la falta de sensibilidad de los prestadores de servicios son algunas de las principales dificultades que enfrentan las mujeres cuando acuden a las instituciones de salud (21).

Estos problemas y ciertos aspectos culturales hacen que las mujeres en las áreas rurales rechacen la medicina moderna. De ahí que muchas mujeres latinoamericanas procedentes del campo elijan no recibir ninguna atención de salud o acudir a curanderos o parteras. En México, una encuesta nacional de fecundidad publicada en 1989 reveló que el 44,5 % de los partos en aldeas y caseríos con menos de 2,500 habitantes eran atendidos por parteras, mientras que en poblaciones de 2,500 a 19,999 habitantes éstas atendían a 23,7 % de los partos. A pesar de que las parteras en cuestión contaban con el respeto y el aprecio de la comunidad, a menudo no habían recibido adiestramiento para prevenir o manejar las complicaciones de los embarazos de alto riesgo (21).

En las zonas urbanas, donde las distancias y los problemas de transporte tienden a plantear menos dificultades, el costo y la calidad de los servicios cobran suma importancia. Datos obtenidos en otro estudio han revelado que el 80% de 433 defunciones maternas en la Ciudad de México habían ocurrido en los hospitales de 4 instituciones del sector de salud. Un análisis posterior de estas defunciones indicó que el 85% (un total de 294) eran prevenibles y que se debieron principalmente a errores en el hospital o por parte de los profesionales, lo cual sugiere que la calidad de los servicios es pobre (21).

La falta de servicios con buen asesoramiento en planificación familiar y la falta de personal capacitado y preparado para atender emergencias obstétricas aumentan los peligros existentes. El resultado suele ser, con demasiada frecuencia, que las complicaciones que se hubieran podido prevenir sin mayor dificultad en etapa temprana mediante la planificación familiar u otras medidas terminan siendo emergencias que

truncan la vida de muchas mujeres. En este contexto, uno de los más claros indicadores de que hacen falta servicios de planificación familiar es el número de emergencias obstétricas que surgen a raíz de abortos inducidos. Estos abortos, que constituyen la causa de un alto porcentaje de las defunciones maternas en el mundo, son frecuentes en América Latina (21).

4.2.3.2. Intervenciones comunitarias

Debido a su accesibilidad y aceptabilidad, las parteras tradicionales (PT) suelen ser el eje de muchos programas comunitarios de salud materna. El adiestramiento de estas trabajadoras debe centrarse en la higiene e inocuidad de sus prácticas; la no interferencia durante el parto; y el cuidado pre y posnatal de la madre. Hay que instar a las PT a seguir prestando apoyo psicosocial y enseñarles a identificar a madres en riesgo y a aquellos casos que deben ser remitidos (22).

Muchos de los problemas relacionados con el adiestramiento de las PT tienen su origen en la falta de continuidad. Según la OMS, esto se traduce en una supervisión deficiente de las PT adiestradas, falta de capacitación continua, y carencia de instrumentos básicos, como equipos para cortar y atar el cordón umbilical y medicamentos necesarios para el trabajo(22).

Ya que a las PT se les suelen asignar las tareas de detectar embarazos de alto riesgo y atender emergencias, también es imprescindible que ellas tengan a su alcance una clínica u hospital donde remitir a mujeres con embarazos de alto riesgo o con emergencias obstétricas. Algunos

países han tratado de prevenir la defunción de embarazadas de alto riesgo donde no hay centros de remisión cercanos mediante el establecimiento de hogares de espera. Estos suelen ocupar instalaciones nuevas o remodeladas y proveen un sitio de espera modesto y mucho más cercano al centro de remisión que el hogar de la paciente (22).

Otra medida que se ha adoptado en ocasiones es un sistema comunitario de transporte para mujeres con emergencias obstétricas. La movilización comunitaria también se puede aprovechar de otras maneras. Puede servir, por ejemplo, para ayudar a las parteras y a otros trabajadores de salud a realizar sus tareas o, como se ha hecho en ciertas comunidades africanas, para establecer "tiendas populares" financiadas con fondos rotatorios procedentes de la clínica local (22).

En algunos casos, desde luego, el tamizaje y la detección temprana de embarazos de alto riesgo no bastan para prevenir la muerte por hemorragia, trabajo de parto obstruido y otras complicaciones similares, ya que una proporción bastante alta de las complicaciones graves ocurre en mujeres sin factores de riesgo detectables. Para tales casos se necesita un sistema de remisión rápido y eficaz.(22)

Por estas y otras razones, la provisión de servicios seguros de salud materna en las comunidades, en los hogares de espera y en los centros de remisión de casos implica, por lo general, modificar prácticas y conceptos aceptados tradicionalmente en el campo de la atención de salud. Por ejemplo, la tradición de reservar ciertos procedimientos médicos para expertos especializados no es de ningún beneficio en las áreas más remotas de gran parte de los países en desarrollo. Según

Lamb, "de todas las intervenciones, la más importante [en términos de reducción de la mortalidad materna] es la accesibilidad inmediata de un médico o comadrona". Por consiguiente, se debe procurar adiestrar a personas que puedan proveer este tipo de servicio en lugares aislados (22).

4.3. Consecuencias de la mortalidad materna

Cuando una madre muere se produce una cadena de hechos relacionados con esa muerte. Una muerte materna implica desintegración familiar, y por efecto social. En América Latina y el Caribe, al menos 50 mil niñas y niños quedan huérfanos cada año por complicaciones en el embarazo de sus madres, de acuerdo a OMS y UNICEF (27).

La orfandad pone en peligro su atención, protección, bienestar y a menudo su supervivencia. Los estudios realizados muestran que la mortalidad infantil es 50% más alta en niños sin madre, y que los huérfanos de madre tienen menos posibilidades de alcanzar un nivel más alto de estudios, tener buena salud y recibir una alimentación adecuada (27)

Según el libro "El Estado del Conocimiento sobre la Mortalidad Materna en la República Dominicana," las madres que sobreviven a complicaciones derivadas del embarazo y parto, experimentan grandes sufrimientos, y muchas veces lesiones físicas y psicológicas permanentes. Cáceres asegura que una muerte materna es una pérdida psicológica, comunitaria y familiar, además de económica.(27)

Diferentes factores que afectan la vida de los adolescente nicaragüenses, entre ellos: la vulnerabilidad económica y social, falta de oportunidades de educación, iniciación sexual desinformada, relaciones sexuales de riesgo y desprotegida, y las pandillas como expresión de abandono, violencia familiar y exclusión social (27)

También tratan el tema del embarazo en las adolescentes, algunas de sus causas (desconocimiento de la sexualidad, problemas familiares, características personales, factores culturales y sociales), así como sus consecuencias (cambio abrupto de la vida, rechazo familiar y social, mayor riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo y el parto, abandono de los estudios, baja preparación laboral y bajos ingresos, menores oportunidades de desarrollo para sus hijos, y mayor fecundidad) (27)

V. DISEÑO METODOLÓGICO

La siguiente investigación se realizó en el Municipio de Siuna el cual está localizado en la parte suroeste de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) después de Waslala es el Municipio más grande con un área de 5,762.46 Km², equivalente al 18% de la RAAN y el 5% del territorio nacional.

Según Informe del Centro Humboldt es el Municipio más alejado de la cabecera departamental regional, formado por 137 comunidades reconocidas que se dedican principalmente a la agricultura, la caza, la pesca y a la pequeña minería.

Según INEC, (1998) El Municipio de Siuna esta ubicado a 334 kms² de Managua entre las coordenadas 13°44' latitud norte y 84°46' longitud oeste. Limita al norte con Bonanza, al sur con Paiwas, al este con Rosita Prinzapolka y la Cruz de Río Grande y al oeste con Waslala y Cua Bocay, Departamento de Jinotega. Tiene alrededor de 73,530 habitantes.

5.1 Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo de la percepción de los actores sociales, sobre mortalidad materna efectuado en el Municipio de Siuna, RAAN analizando un periodo comprendido del 2000 al 2001.

Los métodos de investigación cualitativos apuntan a comprender las situaciones y comportamientos desde la perspectiva "subjetiva", desde el interior. La característica básica de la investigación cualitativa se inclina a comprender los valores, las creencias, las normas, entre otras, a través de la mirada de quienes están sometidos a un estudio.

5.2 El universo del estudio

Actores sociales involucrados en la situación social de la mujer siuneña.

5.3 Informantes

Se realizaron un total de tres (3) grupos focales, de los cuales un grupo son actores comunitarios donde participaron veintidós (22) parteras de las comunidades rurales (El Ocote, El plátano, San Isidro, Santa Rosa, Wapuk, El Consuelo, Las Quebradas, Wany, Cerro Bonito, San Marcos, Montecristo, Mongallo, Santa fe del Pía, Tadazna, El Corozo) y trece (13) líderes de salud de las comunidades (Las Quebradas, Amparo, Kuikuina grande, El Ocote, Las Barandas, San Marcos Lisawe, Tadazna, La Gasolina y el Limón.

Un grupo de personal técnico de salud con veinticuatro (24) auxiliares de Enfermería estudiantes del Técnico Superior en Enfermería (TSE)

Se entrevistaron a diez actores de Instituciones Públicas y Organismos no Gubernamentales trabajando específicamente con mujeres en el aspecto de la salud.

Para un total de 69 informantes.

5.3.1 Actores seleccionados

Criterios:

- Representantes o funcionarios de Instituciones Públicas que presten servicios de salud.
- Técnicos o coordinadores de organismos no gubernamentales y asociaciones que trabajen en salud.
- Representantes del Gobierno Local.

Los actores entrevistados proceden de las siguientes Instituciones y Organismos:

Instituciones Públicas:

- Director del Ministerio de Salud (Siuna)
- Sub Delegada del Ministerio de Educación Cultura y Deporte (MECD)
- Delegada del Ministerio de la Familia (MIFAMILIA)
- Responsable del Instituto de Seguridad Social (INSS)
- Encargado de Proyectos Sociales de la Alcaldía Municipal de Siuna.

Organizaciones no gubernamentales:

- Responsable de la Casa Materna del Movimiento de Mujeres Paula Mendoza Vega (MMF MV)
- Coordinador de Salud sin límites Inglaterra.
- Coordinador de Médicos del Mundo.
- Coordinadora del Movimiento de Mujeres en Defensa por la vida.

Los actores sociales de Instituciones y Organizaciones representan el 14% del total de entrevistados a los que se le realizó entrevista individual, un grupo focal de auxiliares de enfermería estudiantes del Técnico Superior en Enfermería representando el 35% del total de los informantes todas trabajadoras del Ministerio de Salud, un grupo focal de parteras representando al 32% y un grupo focal de líderes comunitarios representando un 19% del total de los informantes.

5.4 Descriptores:

- Percepción de los actores sociales sobre los principales factores relacionados con la mortalidad materna.
- Factores socio políticos, demográficos y culturales.
- Consecuencias provocadas por la mortalidad materna.

5.5 Proceso para Obtención de información:

- Se hicieron revisiones bibliográficas sobre mortalidad materna.
- Se visitaron Instituciones Públicas y Organismos no gubernamentales para obtener información sobre mortalidad materna en el Municipio de Siuna.
- Se visitaron a los actores sociales involucrados con el objetivo de darle a conocer el objetivo del estudio.
- Se entrevistaron a trece líderes comunitario y vientidós parteras participantes en taller evaluativo de su labor comunitaria, 24 Técnico Superior en Enfermería y 10 entrevistas a informantes claves.

5.6 Técnicas para la Recolección de la Información:

5.6.1 Entrevistas en profundidad:

La entrevista como método permitió conocer de la voz de los propios actores sociales su interpretación de la realidad. La entrevista permitió una adecuación de las preguntas para la obtención de la información, según la experiencia de los y las informantes

Al momento de iniciarla se estableció un contacto verbal con cada informante, en el contacto se informó sobre los objetivos de la entrevista. Esto de forma muy general para no influir en los comentarios posteriores.

5.6.2 Grupos focales:

El grupo focal como método permitió investigar opiniones de grupos, observar cambio de opiniones influidos por la discusión, es decir permitió investigar la formación o el desarrollo de opiniones. Como cada entrevista, con el grupo focal se adquirieron opiniones que son difíciles de obtener directamente en la vida cotidiana.

5.7 Operacionalización de los Descriptores

5.7.1 PERCEPCION SOBRE LAS CAUSAS RELACIONADAS CON LA MORTALIDAD MATERNA

Con el presente descriptor se analizó la percepción de los distintos actores sociales sobre las causas trascendentales para la localidad en donde se presentaron el mayor número de muertes maternas.

De hecho dentro de los procesos de planificación estratégica en salud es indispensable el protagonismo de los actores sociales y pobladores de la sociedad civil donde existe la problemática.

Indicador

Conocimiento de los actores sociales en su área de influencia relacionando los factores de riesgo, recursos disponibles, si la

comunidad está organizada, migración, procedencia, las redes de relaciones comunitarias y situación económica.

5.7.2 FACTORES SOCIO POLÍTICOS, DEMOGRÁFICOS Y CULTURALES SOBRE MORTALIDAD MATERNA.

- Organización comunitaria
- Pobreza
- Medio para la referencia y contrarreferencia de la mujer.
- Migración.
- Accesibilidad.
- Cobertura de los servicios de salud.
- Educación sexual
- Planificación familiar
- Género
- Origen étnico.
- Control pre y post natal.
- Periodo que han estado viviendo en una comunidad

Indicador

El indicador propuesto fue ver el funcionamiento de los Programas de Atención a las mujeres embarazadas que están teniendo acceso a los servicios de salud, hasta adonde se dio cobertura a aquellas poblaciones consideradas como accesibles por diversos factores o los grupos vulnerables, procedencia, estabilidad en el lugar donde residen, si los programas de atención a la mujer funcionan de acuerdo a las particularidades culturales con relación a las diferentes costumbres de los grupos existentes. En la búsqueda de este indicador se pudo comprobar las modalidades de prestación del servicio a las diferentes mujeres.

5.7.3 CONSECUENCIAS QUE PROVOCAN LA MORTALIDAD MATERNA

En este descriptor se analizaron las repercusiones que ocasiona la mortalidad materna desde el punto de vista de los diferentes actores sociales en el Municipio de Siuna, tales como:

- Peligro que acompaña la vida de las mujeres durante su período de embarazo.
- Qué significa la alta mortalidad materna?
- Cómo afecta la mortalidad materna a la familia y/o pobladores de Siuna?

5.8. técnicas utilizadas para el procesamiento de la información.

Para el análisis de la información se utilizó la técnica de triangulación por fuentes.

Se utilizó el Programa Microsoft Office para la elaboración del informe final.

VI. RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos sobre la percepción que tienen los agentes comunitarios en salud (parteras y líderes comunitarios) y personal técnico de salud sobre la mortalidad materna.

La mayoría de las comunidades rurales cuentan con parteras y líderes comunitarios; cuando en una comunidad no existe partera los familiares de las mujeres se encarga de buscar a una partera que se encuentra en la comunidad vecina para que pueda atender a la mujer que espera su bebé.

6.1 Principales percepciones de los actores sociales relacionada con la Mortalidad Materna.

6.1.1. Agentes Comunitarios en Salud:

Según los resultados obtenidos al realizar el grupo focal con los agentes comunitarios en salud (parteras y líderes comunitarios). La percepción que se tiene es que el mayor número de casos de muertes maternas son provenientes del área rural, relacionan la alta influencia que tienen las religiones en las comunidades rurales donde se les dice *“Que Dios es el que decide y todo se deja en manos de Dios y no hacen nada por la mujer misma”*

Se señala como causas determinantes asociadas a la mortalidad materna: *“La pobreza, el bajo nivel de escolaridad y falta de acceso a los servicios de salud. Además de los problemas económicos se presentan problemas de machismo en donde es el hombre el que decide que debe hacer la mujer, aunque esta no este en condiciones de concebir a un bebe por su estado de salud”*. También al salir

embarazada, no se hace su control prenatal porque los servicios de salud son poco accesibles y limitado, el sistema de salud no toma en cuenta la ubicación de la comunidad rural para instalar una unidad.

“Existen mujeres que aunque tengan problemas de embarazo no buscan ni a las parteras y dicen que las parteras no saben nada y que cuando las mujeres se mueren es por falta de sangre”.

La mayoría de parteras opinan que las principales causas que inciden en las muertes maternas son *“porque no acuden a ningún control con las parteras, enfermeras ni médicos de la comunidad, ellas no tienen una dieta adecuada no tiene dinero para alimentarse bien, lo que provoca es que se muera de anemia u otras enfermedades como diarrea en primer orden, infecciones respiratorias agudas, neumonía, tos, picazón en el cuerpo, dolores de cabeza, conjuntivitis producto de las contaminaciones debido a que no tienen ni cloro para clorar el agua”.*

6.1.2. Personal técnico de salud

Con la aplicación de grupo focal al personal técnico de salud (auxiliares de enfermería) opinan que la mayoría de las muertes maternas ocurren en las comunidades donde *“las mujeres embarazadas no acuden a los correspondientes controles prenatales por efectos de la migración y las que acuden no lo hacen mensualmente sino cuando sienten algún malestar, las mujeres que buscan atención primero acuden donde la partera y después visitan al trabajador de la salud del puesto de salud más cercano”.* En cambio las mujeres embarazadas del área urbana asisten al puesto de salud a su control prenatal y la frecuencia va en dependencia de su estado de salud.

Se señala como causas relacionadas directamente al embarazo, parto y al puerperio:

- El sangrado, este puede ser ocasionado por aborto, placenta previa durante el parto.
- Infección: Esta ocurrida por restos placentarios de la madre cuando no ha sido atendida por el personal de salud.
- Aborto clandestino: En donde la madre se muere por hemorragia o algún tipo de infección.

6.1.3. Organizaciones:

L@s representantes de las Instituciones y Organizaciones entrevistad@s opinan que existen tres niveles fundamentales asociados a la mortalidad materna siendo estos los altos niveles de pobreza, el bajo nivel de escolaridad y los servicios de salud que existen son poco accesibles.

El sistema de salud no toma en cuenta la ubicación geográfica para ubicar una unidad de salud, porque en las comunidades en donde los caminos son intransitables se carece de este servicio.

El Ministerio de salud del Municipio de Siuna tiene poca cobertura en las comunidades y en las que tiene acceso no efectúa trabajos de coordinación con la red comunitaria existente y desaprovecha los recursos con que cuenta. Debido a la formación del personal del sistema de salud existe falta de confianza en el sistema, los comunitarios sienten que no tienen privacidad y los agentes del sistema de salud pierden sus prácticas por el poco contacto que tienen con la

población. Consideran que si se lograra incrementar los partos Institucionales se lograría identificar fácilmente los factores de riesgo de mortalidad materna.

Las mujeres llegan al puesto de salud muy tarde por problemas de accesibilidad, económicos y culturales donde el marido no permite que a su mujer la atienda un médico o un enfermero.

El Ministerio de salud de Siuna cuenta con un plan de reducción de las muertes maternas donde las principales acciones son mejorar la coordinación con los líderes, promotores y parteras.

6.2 Factores socio político, demográfico y cultural sobre mortalidad materna

La cobertura del Ministerio de Salud en el Municipio de Siuna, con respecto a los puestos de salud es del 9%, existen 152 comunidades registradas, con 14 puestos de salud de los cuales 7 puestos son atendidos por personal médico y enfermeras, 4 puestos atendidos por auxiliares de enfermería y 3 puestos atendidos por enfermeras profesionales, el resultado es *“que cuando llegan las mujeres de las comunidades al puesto de salud no encuentran los anticonceptivos y por la misma situación económica no pueden comprarlos”*

6.2.1 Factores sociopolíticos:

6.2.1.1 Agentes Comunitarios en Salud

La inseguridad ciudadana es una de las problemáticas que enfrenta la población que radica en lugares de difícil acceso, *“por el*

miedo a ser víctima de la violencia las mujeres embarazadas no asisten a sus controles prenatales ni van a parir al Centro de Salud del Municipio de Siuna”.

Por los altos niveles de pobreza *“la mujer como es muy pobre no cuenta con una dieta balanceada, vitaminas, tratamientos adecuados y no cuenta con dinero para pagar el transporte y efectuarse el control prenatal”*; el bajo nivel de escolaridad, los inaccesibles servicios de salud son considerados como los elementos fundamentales que ocasionan las muertes maternas.

Las familias en búsqueda de mejores oportunidades de sobrevivencia deciden trasladarse a lugares de difícil acceso en comunidades desconocidas, desarticulando sus redes sociales comunitarias.

La referencia de pacientes al Centro de Salud, se hace cuando la paciente esta en condiciones graves; *“pero no funciona el sistema de contrarreferencia los médicos no respetan las valoraciones de las parteras”*.

6.2.1.2 Personal técnico de salud:

El personal técnico del Ministerio de Salud (MINSA); opinan que *“las mujeres que se mueren no acuden a ningún control con la partera y si acudieron una vez no regresan, el médico o enfermera les dice que regresen”*, consideran que *“no existe un seguimiento porque no regresan nuevamente y se mueren solas”*. Además agregan que las mujeres durante el embarazo *“no tienen una dieta adecuada, son anémicas y tienen otras enfermedades crónicas asociadas como la hipertensión”*.

El MINSA no cuenta con suficientes recursos financieros y humanos para dar cobertura a toda las comunidades existentes, hace falta una mayor relación de coordinación interinstitucional para abarcar lugares de difícil acceso.

6.2.1.3 Organizaciones:

Según el MINSA Siuna, todos los casos presentados de muertes maternas en el Municipio son provenientes del área rural, de la étnia mestiza y de comunidades con difícil acceso geográfico y familias en extrema pobreza con un bajo nivel de escolaridad.

No existe un programa de capacitación en educación sexual permanente lo que ocasiona la falta de conocimiento de las parejas.

El MINSA, Salud sin Límite, Movimiento de Mujeres Paula Mendoza Vega (MMPMV) tienen programas radiales orientados a la salud en general sin embargo consideran que no es suficiente.

Las mujeres del área rural que tienen conocimientos en planificación familiar no cuentan con recursos para comprar los contraceptivos y son muy escasos en la comunidad.

El Movimiento de Mujeres Paula Mendoza Vega con el objetivo de disminuir la tasa de muertes maternas, los altos niveles de pobreza, la inaccesibilidad a los servicios de salud en atención especial a la mujer dio apertura en octubre del 2001 de una casa materna en donde se le facilita atención a mujeres que presentan problemas durante su embarazo.

Los requisitos para ingresar a la casa materna son: ser del área rural, con una valoración del médico del puesto de salud, enfermera, partera

capacitada, centro de salud o clínica de la mujer; el tiempo de estadía son diez días antes del parto y cinco días después, aunque a veces la mujer pierde la cuenta y se pasa de 10, 20, 30 y hasta 45 días antes del parto, una vez ingresada la mujer, un médico del centro de salud las atiende diariamente para valorar su situación.

La casa materna se encarga de la alimentación de las mujeres que están albergadas y aprovecha los espacios para darles charlas tanto a las mujeres como a los maridos o compañeros de vida cuando estos llegan de visita; las capacitaciones brindadas son sobre la importancia del control prenatal, planificación familiar, género, situación de mortalidad materna en el Municipio, atención de la mujer durante y después del embarazo.

La mayoría de mujeres del área rural son de la religión evangélica y expresan *“que van a tener los hijos que Dios les mande”*,

El MINSA como rector de la salud en Siuna en el momento se preocupan pero no se hace nada para evitar más muertes.

6.2.2 Factores Demográficos

6.2.2.1 Agentes Comunitarios en Salud

La falta de acceso a los servicios de salud en las comunidades alejadas de la carretera y la búsqueda de los servicios de salud después de haber acudido donde las parteras, es muy difícil sobre todo en épocas lluviosas.

Agregan que otro de *“los factores de las muertes maternas es la accesibilidad geográfica”* debido a que las familias no cuentan con

recursos económicos para trasladarse al Puesto de Salud o Centro de Salud y cuando lo hacen no reciben una buena atención de parte del personal de salud esperando mucho tiempo para poder ser atendidas. Hay mujeres que dicen *“mejor me muero en la casa, que visitar a una partera o ir al centro de salud”*

Cabe destacar que existen algunas comunidades alejadas de la carreteras que no cuentan con servicios de salud, en algunos casos no cuentan con parteras capacitadas y si existen las parteras no cuentan con materiales para ejercer la labor del parto.

Además del Sistema de Salud Nacional existen tres organizaciones locales que trabajan con programas dirigidos a la atención de la mujer embarazada, pero éstas no cubren el total de las comunidades rurales por la falta de coordinación entre los mismos existiendo en una misma comunidad las cuatro entidades con atención en salud.

En el área rural existe un núcleo familiar muy grande lo que dificulta la búsqueda de atención médica de la mujer porque no pueden dejar a sus hijos solos en la comunidad.

La falta de planificación de los servicios ocasiona en la mayoría de los casos que la mujer cuando llega al puesto de salud en busca de anticonceptivo para realizar su planificación, no hay en existencia, teniendo así el riesgo de quedar nuevamente embarazada.

En el caso de las comunidades rurales, *“la mayoría de las mujeres paren los hijos que salgan sin tomar en cuenta las condiciones de salud”*, existen familias muy numerosas y *“generalmente las mujeres empiezan a ser madre muy joven”*.

6.2.2.2 Personal técnico de salud:

Según el personal técnico, los principales factores demográficos que influyen en la mortalidad materna son.

- Falta de planificación familiar
- La edad
- Familias numerosas
- Inaccessibilidad a los servicios de salud

Si la embarazada es menor de los 18 años o mayor a los 35 años corre el riesgo de morir, si el primer embarazo es después de los 30 años, si la mujer esta muy enferma, si ha tenido mas de 5 hijos o que haya tenidos partos problemáticos o cesáreada anteriormente.

A pesar de la divulgación que se ha realizado sobre las formas de planificación familiar existen lugares en donde no llega esta información, sumado a esto la falta de acceso a estos servicios. En las zonas rurales principalmente la mayoría de la juventud salen embarazada a muy temprana edad sin saber los riesgos que puede ocasionar el salir embarazada.

6.2.2.3 Organizaciones:

Los representantes de las organizaciones entrevistadas expresan que la falta de servicios con buen asesoramiento en planificación familiar y la falta de personal capacitado y preparado para atender

casos con complicaciones aumentan los peligros de ser víctimas de las muertes maternas.

Un indicador de las muertes maternas es la falta de servicios de planificación familiar, por que *“se han presentado casos de emergencias obstétricas que surgen a raíz de abortos inducidos”*. Estos abortos han provocado hasta la muerte de algunas mujeres.

6.2.3 Factores Culturales

6.2.3.1 Agentes Comunitarios en Salud:

Según la perspectiva de los agentes comunitarios en Salud involucrados en el estudio reflejan que las mujeres no asisten al sistema de salud, porque consideran que el personal de salud de Siuna no tiene una buena formación *“cuando asisten al hospital por ser del campo las atienden mal y tienen que esperar mucho tiempo para poder ser atendidas”*.

En el MINSA no existe privacidad entre el médico-paciente *“las mujeres son atendidas en lugares sin las mínimas condiciones donde la mujer no se sienten en confianza para contarle sus problemas al médico o enfermera siempre están otras personas escuchando y además el personal de salud ni siquiera las vuelve a ver”*, los agentes del sistema de salud pierden sus prácticas por el poco contacto que tienen con la población.

6.2.3.2 Personal técnico de salud:

Según el personal técnico dicen que *“las mujeres campesinas mestizas, llegan a la unidades de salud muy tarde”*, es decir cuando ya no se puede hacer nada por ellas, debido a *“que primero ellas desean ser atendidas por una partera que ellas conozcan muy bien, antes que ir al puesto de salud u hospital, sumado a esto, los problemas de accesibilidad y culturales donde los maridos no permiten que su mujer sea atendida por médico o enfermero”*.

La práctica del parto domiciliario en condiciones higiénicas poco satisfactorias sobre todo en áreas rurales hace necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo, para evitar que el niño adquiera el tétanos neonatal al momento del parto.

6.2.3.3 Organizaciones:

Las representantes de las diferentes organizaciones entrevistadas opinan que el sistema de salud nacional no hace ningún análisis sobre la migración de la población, esto por el aspecto cultural se traen sus prácticas tradicionales al territorio donde se establecen por un tiempo, pero no tienen las mismas facilidades de poderlas desarrollar. Esta población no tiene un sentido de pertenencia del lugar, por lo que no se puede dar un seguimiento a esta población.

Las condiciones de trabajo exigen a la mujer tener menos contacto con el resto de pobladores para obtener información; donde las instituciones y organizaciones son a los últimos lugares donde llegan.

L@s ciudadan@s más pobres son los que se meten a las comunidades de difícil acceso buscando mejores oportunidades de sobrevivencia.

6.3 Consecuencias ocasionadas por la mortalidad materna

6.3.1 Agentes Comunitarios en Salud:

La información brindada por las parteras y líderes comunitarios señalan que *“los que más sufren con las muertes maternas son los niños que se quedan huérfanos, el marido sufre al inicio porque después se busca otra mujer y regala a los hijos o muchas veces los abandonan y los niños se mueren de hambre”*. Por otro lado, *“cuando el padre tiene otra mujer, las madrastras maltratan a los niños lo que al final se traduce en un/a individuo/a con mucha violencia dando pautas al aumento de la delincuencia”*.

6.3.2 Personal técnico de salud:

Desde el punto de vista del sistema de salud *“la población manifiesta desconfianza total en el sistema cuando ocurre una muerte hospitalaria”*. Los efectos sociales *“son la orfandad de muchos niños, la desarticulación familiar la que no es asumida como una responsabilidad del Estado”*.

Porque cuando una madre muere se produce una cadena de hechos relacionados con esa muerte; lo que implica una desintegración familiar

Un niño o niña al quedar huérfana pone en peligro su atención en todos los sentidos así como su protección y el bienestar del niño o niña, por lo que dificulta poder acceder a los servicios sociales como son la salud, educación. Además se han visto algunos casos donde niños huérfanos han logrado hasta la muerte por falta de una debida atención al no tener a su madre.

6.3.3 Organizaciones:

Cabe destacar que las consecuencias que ocasionan las muertes maternas son graves principalmente para los hijos los cuales quedan en la orfandad, normalmente la mujer tiene el rol de madre y padre ellas son las principales que se encargan de la educación de sus hijos por lo tanto una vez muerta, quienes sufren directamente son los niñ@s quienes van a tener poco acceso a lo que otro niños tendrán teniendo viva a su madre, los niños tendrán menores oportunidades de superación, la figura de su madre es lo máximo y el Estado no esta en la capacidad de brindar un hogar sustituto para los niños huérfanos.

“L@s niñ@s huérfan@s son potenciales delincuentes debido a la falta de cariño, problemas de estabilidad emocional, autoestima muy baja”. Es decir, se va manteniendo el circulo de la pobreza.

L@s niñ@s huérfanos de madre tienen menos posibilidades de alcanzar un nivel más alto de escolaridad, recibir una buena atención en salud y recibir una alimentación adecuada.

L@s que han quedado sin la protección de sus madres tienen sufrimientos psicológicos permanentes. Además una muerte materna es una pérdida, comunitaria y familiar, además de económica.

VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1 Percepción de las Causas relacionadas con la Mortalidad Materna.

Los resultados del estudio reflejan que las principales causas que conllevan a las muertes maternas desde la percepción de los actores sociales son producto de la crítica situación de pobreza en que vive la población, el bajo nivel de escolaridad y los servicios de salud. Lo que coincide con un estudio realizado en Bolivia (1994) donde reflejan aspectos culturales, económicos y religiosos. También, la falta de acceso a los servicios de salud, sobre todo en el área rural, determina que las coberturas a nivel nacional se vean disminuidas.

Los agentes comunitarios en salud, el personal de salud y los representantes de las diferentes organizaciones involucradas en el estudio coinciden que las principales causas de la mortalidad maternas en el municipio de Siuna son ocasionadas por falta de acceso a los servicios de salud, la pobreza que vive la población y el bajo nivel de escolaridad de las mujeres.

Se encontró que las mujeres no llevan un control de su embarazo ni planificación de los hijos que se desean tener, existe un descuido de las futuras madres por el alto número de hijos, la mayoría de las madres no tienen la edad apta para tener sus hijos unas porque son mayores y otras menores de edad.

Las mujeres durante su embarazo no reciben una buena alimentación, por la dura situación de pobreza que atraviesan y la forma de educación que han recibido de sus progenitores esto coincide con lo planteado por la OPS/OMS donde argumenta que el riesgo de la mortalidad materna

depende de la edad, sexo, cultura y educación de la persona para lo que se debe ejercer un marco de protección a la mujer que minimice los riesgos y a la vez permita a la madre un entorno de la relativa certidumbre.

7. 2. Factores Sociopolítico, demográficos y culturales sobre la mortalidad materna:

7.2.1. Factores sociopolíticos:

La inseguridad ciudadana presentada en las comunidades rurales, la falta de cobertura de los servicios de salud y la falta de capacitación permanente en educación sexual y reproductiva ocasiona los altos índices de mortalidad materna. Lo que coincide con el estudio de Population Crisis Committee donde las niñas y mujeres del mundo viven en condiciones que amenazaban su salud y que les impedía tomar decisiones reproductivas o participar en los ámbitos educativos y económicos de la sociedad.

Los agentes comunitarios de salud, el personal técnico de salud y las organizaciones que trabajan en el área de salud coinciden que los principales factores sociopolíticos están presentados por los altos niveles de pobreza y el bajo nivel de escolaridad de las mujeres.

Los agentes comunitarios y las organizaciones coinciden que no funciona el sistema de contrarreferencia del MINSA con los agentes comunitarios. Sin embargo, el personal técnico en salud manifiesta que las pacientes no existe un seguimiento debido a que las mujeres que atienden la primera vez no regresan para darle un tratamiento adecuado en la unidad de salud, estando claros que no existe la contrarreferencia.

El Movimiento de Mujeres Paula Mendoza Vega cuenta con una casa materna donde se atiende a la mujer en la atención del parto, dándole a la mujer y al compañero de vida charlas de planificación familiar.

7.2.2 Factor Demográfico:

Los resultados demuestran que los principales factores demográficos que influyen en la mortalidad maternas son la inaccesibilidad a los servicios de salud donde las mujeres que viven en las comunidades alejadas de los puestos de salud se les dificulta acceder a los servicios de salud sobre todo en épocas lluviosas. Lo que coincide con un estudio realizado por el Ministerio de Salud en el año 2003 donde demuestra que un factor contribuyente de la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud y una sumatoria de factores característicos en esta zona tales como el analfabetismo, pobreza alta y extrema y dificultades de transporte.

Además, concuerda con lo planteado en un estudio realizado en Bolivia (1994) donde los datos obtenidos reflejan que los porcentajes de atención de parto domiciliario son mayores en relación a los partos atendidos en los servicios de salud con grandes diferencias entre las áreas urbanas y las rurales.

Otro aspecto relacionado al factor demográfico con respecto a las muertes maternas es la falta de servicios de salud con asesoramiento en planificación familiar, falta de personal capacitado para atender casos con complicaciones lo que aumenta el peligro de ser víctima de las muertas.

Esto coincide con lo abordado en un estudio sobre mortalidad materna realizado en México (1989); en donde se plantea que la falta de servicio

con buen asesoramiento en planificación familiar y falta de personal capacitado y preparado para atender emergencias obstétricas aumentan los peligros existentes. El resultado suele ser, con demasiada frecuencia, que las complicaciones que se hubieran podido prevenir sin mayor dificultad en etapa temprana mediante la planificación familiar u otras medidas terminan siendo emergencia que truncan la vida de muchas mujeres.

Cabe destacar que las personas involucradas en el estudio refieren que existen tres organizaciones locales que trabajan con programas dirigidos a la atención de la mujer embarazada, pero perciben que estas no cubren el total de las comunidades rurales por la falta de coordinación entre las mismas, debido a que existen en una misma comunidad las mismas organizaciones con atención en salud. Esto permite una baja cobertura a los lugares de difícil acceso provocando así que se presenten mas muertes maternas.

La mayoría de las mujeres son madres siendo menores de edad y no tienen ningún control en la planificación familiar corriendo el riesgo de morir, lo que coincide con lo planteado dentro del patron de los factores de riesgo establecido por la OMS/OPS que expresa corren el riesgo de morir las mujeres embarazadas menores de 18 años o mayores de los 35 años.

Existe una mínima divulgación sobre las formas de planificación familiar y los lugares alejados no reciben ningún tipo de información sobre educación sexual y reproductiva. Lo que en parte, coincide con lo planteado por la OMS/UNICEF (2003) donde expresa que los diferentes factores que afecta la vida de los adolescentes nicaragüense son la vulnerabilidad económica y social, falta de oportunidades de educación, iniciación sexual desinformada, relaciones sexuales de riesgo y

desprotegida y las pandillas por la expresión de abandono, violencia familiar y exclusión social.

Los agentes comunitarios en salud, personal técnico y las organizaciones coinciden en que las muertes maternas ocurren donde existen familias numerosas, cuando las mujeres son menores o mayores de edad y la falta de planificación familiar.

7.2.3. Factor Cultural:

El principal factor cultural según los agentes comunitarios en salud es la calidad de atención que reciben las mujeres en los puestos y centro de salud y las parteras no cuentan con los materiales higiénicos sanitarios para atender a las mujeres embarazadas, siendo la partera la primera opción de atención a la mujer por la confianza y conocimiento que tienen sobre la formación de las misma.

Lo que coincide con el estudio realizado en México sobre la mortalidad materna (1989); donde plantea que los servicios deficientes, la falta de recursos esenciales, el personal mal adiestrado, la ausencia de un sistema eficaz de remisión de casos y la falta de sensibilidad de los prestadores de servicios son algunas de las principales dificultades que presentan las mujeres cuando acuden a las instituciones de salud. Este mismo estudio reveló que el 44.5% de los partos en aldeas y caseríos eran atendidos por parteras, porque las parteras contaban con el respeto y aprecio de la comunidad.

El personal técnico de salud, expresa que no existe una cultura de seguimiento del embarazo de la mujer donde la mayoría de las mujeres

del área rural llegan a las unidades de salud cuando presentan complicaciones graves.

Otro de los factores considerados es la inexistencia de un control poblacional de las mujeres, existen muchas familias migratorias las que traen sus practicas tradicionales y por desconocimiento de la existencia de los agentes comunitarios de salud no acuden a recibir el servicio. En el estudio de mortalidad materna (1989) señala que muchas mujeres latinoamericana procedentes del campo eligen no recibir ninguna atención en salud o acudir a curanderos o parteras por el mismo desconocimiento.

7.3 Consecuencias que provocan la mortalidad materna.

Los actores sociales coinciden que como consecuencias fundamentales de las muertes maternas son los niños que quedan huérfanos y esta desarticulación familiar no es asumida con responsabilidad por el padre de los niños dando pautas al aumento de la delincuencia, debido a la falta de cariño, problemas de estabilidad emocional, autoestima muy baja. Es decir se va manteniendo el círculo de la pobreza.

Lo que coincide con el estudio de la OMS/UNICEF donde plantea que cuando una madre muere se produce una cadena de hechos relacionados con esa muerte. Una muerte materna implica desintegración familiar y por efecto social la orfandad pone en peligro su atención, protección, bienestar y por lo tanto su supervivencia.

VIII. CONCLUSIONES:

1. Los agentes comunitarios en salud, el personal de salud y los representantes de las diferentes organizaciones involucradas en el estudio coinciden que las principales causas de la mortalidad maternas en el municipio de Siuna son ocasionadas por falta de acceso a los servicios de salud, la extrema pobreza que vive la población y el bajo nivel de escolaridad de las mujeres.
2. Los factores mencionados por los actores sociales son la inseguridad ciudadana presentada en las comunidades rurales, la falta de cobertura de los servicios de salud y la falta de capacitación permanente en educación sexual y reproductiva.
3. Los agentes comunitarios en salud, personal técnico y las organizaciones coinciden en que las muertes maternas ocurren donde existen familias numerosas, cuando las mujeres son menores o mayores de edad y la falta de planificación familiar.
4. Las consecuencias fundamentales de las muertes maternas son los niños que quedan huérfanos y desintegración familiar.

IX. RECOMENDACIONES

1. Que el personal de salud aproveche el espacio anual de las jornadas de vacunación en salud, para impartir charlas sobre la prevención de la mortalidad materna en las comunidades rurales.
2. Que el Ministerio de Salud establezca coordinaciones con las organizaciones que trabajan el componente de salud, para garantizar una mayor cobertura de los servicios en los lugares de difícil acceso
3. Las organizaciones locales que trabajan con programas dirigidos a la mujer y el Ministerio de Salud, elaboren un plan de capacitación sobre planificación familiar a la población del área rural.
4. Que URACCAN de las Minas planifique talleres de relaciones humanas, para atender a las mujeres del área rural.
5. Que el Gobierno de Nicaragua destine más presupuesto para el Programa de Atención Integral a la Mujer MINSA Siuna.
6. El Ministerio de la Familia en coordinación con URACCAN realicen un programa de capacitación y consejería a los niños(as) huérfanos(as).
7. Que el Ministerio de Salud efectúe una divulgación radial del programa de Atención Integral a la Mujer para contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) OPS/OMS Boletín Reducción de la morbilidad y mortalidad en las Américas.
- (2) PNUD/ONU. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 1ª. Ed. - Managua: PNUD, 2000, Pág. 6 y 7.
- (3) Condiciones de Salud en las Américas, Vol. II. Ed. 1994. Pág. 334) (Plan maestro de salud 1991 - 1996, Pág. 46 y 49).(Primer Informe de Desarrollo Humano en Nicaragua 2000, Programa de Naciones Unidas, Pág. 30 y 31.
- (4) MINSA, Boletín de Mortalidad Materna 2001. Depto. De Atención Integral a la Mujer. Semana 1-52
- (5) Gonzales,ML Estudio cualitativo de la pobreza y la exclusión social en Nicaragua. Banco Mundial Managua, Nicaragua Abril 2000
- (6) OPS/BM. Hacia una maternidad segura. 1era. Impresión. Julio - 1994.
- (7) Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). Estudio sobre Nivel y Calidad de Vida en la zona de Amortiguamiento de la Biosfera de Bosawas. Año 2000.

- (8) E. Jones Edward y B. Gerard Harold. Fundamentos de Psicología Social. Edit. Limusa, 2° Edición. 1992. Pág. 273.
- (9) OMS: <http://www.who.ch>
- (10) OPS, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie PALTEX No. 7. 1986.
- (11) PNUD. Primer Informe de Desarrollo Humano en Nicaragua 2000. El desarrollo humano en Nicaragua 2000. Pág. No. 51 y 52.
- (12) OPS/OMS. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Abril 1996.
- (13) OPS/OMS. Salud reproductiva Materna Prenatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Publicación científica CLAP, # 1321.01.
- (14) OPS/OMS. MINSA. Situación de salud en Nicaragua. Indicadores básicos, 1997.
- (15) Boletín OPS/OMS. Reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Las Américas.
- (16) Manual de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud. Managua. 1996.

- (17) López G; Yunes J; Solis J; Omram AR. Salud reproductiva en las Américas. Washington D.C Organización Panamericana de la Salud/OMS. 1992.
- (18) Boletín OPS. Reunión subregional sobre prevención de la Mortalidad Materna Vol. 108, No. 3 Mayo 1990.
- (19) Ministerio de Acción Social de Nicaragua. Estudio de la Pobreza en Nicaragua. Managua, Junio de 1994.
- (20) ONU-PNUD Informe sobre Desarrollo Humano, 1994.
- (21) [www_ni.elnuevodiario.com.ni /archivo / 2003 / Agosto / 28 – Agosto 2003 / Especiales / Especiales 4. html-11K.](http://www_ni.elnuevodiario.com.ni/archivo/2003/Agosto/28-Agosto2003/Especiales/Especiales4.html)
- (22) [www_promosaludcali.gobe.co/boletín/materna.html](http://www_promosaludcali.gobe.co/boletin/materna.html) – 24K.
- (23) [www.aprimera plana.org/www/No. 4/asesina.html](http://www.aprimera plana.org/www/No.4/asesina.html)_26K
- (24) [www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/spanish/course /sesion 6/lozano.html](http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/spanish/course/sesion6/lozano.html)-24K-21 Mar 2004.
- (25) [www.el tien polation. com/specials/especiales/mortalidad.html](http://www.el tien polation.com/specials/especiales/mortalidad.html)-27K – 21 Mar 2004.
- (26) [www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2003/semana33 /editorial 33.htm](http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2003/semana33/editorial33.htm)_14K
- (27) www.uniceflac.org/español/matmat.htm - 27K

ANEXOS

ANEXO # 1

GUIA DE PREGUNTAS GRUPOS FOCALES

Estimad@s Señor@s líderes comunitarios, parteras y enfermeras estudiantes del curso de técnico superior en URACCAN Siuna, somos estudiantes del curso de maestría en salud pública intercultural realizada en Bilwi de 1998 – 2001, Realizando el trabajo final para optar al título de master en salud pública, sobre la percepción de los actores sociales sobre la mortalidad materna en el Municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) período 2000 – 2001. Les agradecemos de antemano por su contribución a nuestro estudio.

1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que existen en el Municipio de Siuna?
2. ¿Podría decirnos que piensa sobre las muertes de las mujeres durante el embarazo?
3. ¿Qué entiende por mortalidad materna?
4. ¿Qué piensa sobre las muertes maternas durante el parto y post parto?
5. ¿Adónde acuden las mujeres embarazadas a su control prenatal y con que frecuencia?
6. ¿Conoce la efectividad del sistema de referencia y contrarreferencia?
7. Considera que la pobreza es uno de los factores que ocasiona las muertes maternas.
Si:_____ No:_____ Porqué (Sí o No)
8. ¿Cómo afecta la migración las muertes maternas, especialmente en mujeres que habitan en comunidades de difícil acceso?
9. Cual es la divulgación en cuanto a planificación familiar que usted conoce que se aplica en el Municipio
10. Cual es el origen étnico de los casos presentados de muertes maternas:
Mestizo_____, Misquito_____, Cróele_____, Mayangna_____, Otro_____.
11. ¿Cuenta el Municipio con recursos humanos especializados y materiales en atención a la mujer?
12. ¿Conoce si las muertes maternas presentadas han recibido su control prenatal?
13. ¿Cuáles cree usted que son los efectos que causa la mortalidad materna?
14. ¿Quién considera usted que decide llevar a la mujer a dar a luz a su hijo?
Ella____, Marido_____, Madre____, Padre_____, Hijo(a)_____
Vecino_____, Otros_____
15. ¿Por qué los familiares de la mujer embarazada no la llevan a esperar a su hijo a la casa materna?
16. ¿Cuáles Instituciones y Organizaciones conoce usted que trabajan en Programas de Atención a la mujer embarazo, cual es su relación con ellos y que actividades deberían trabajar en conjunto con que Institución?
17. ¿Existen esfuerzos de coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención a la mujer ?
18. ¿Cuál es su opinión en relación a las consecuencias que provocan las muertes maternas en el Municipio de Siuna?
19. ¿Cuáles considera usted que serían algunas recomendaciones que se puede hacer a nivel local, municipal y otros niveles para mejorar la situación de las muertes maternas en el Municipio de Siuna?

ANEXO # 2

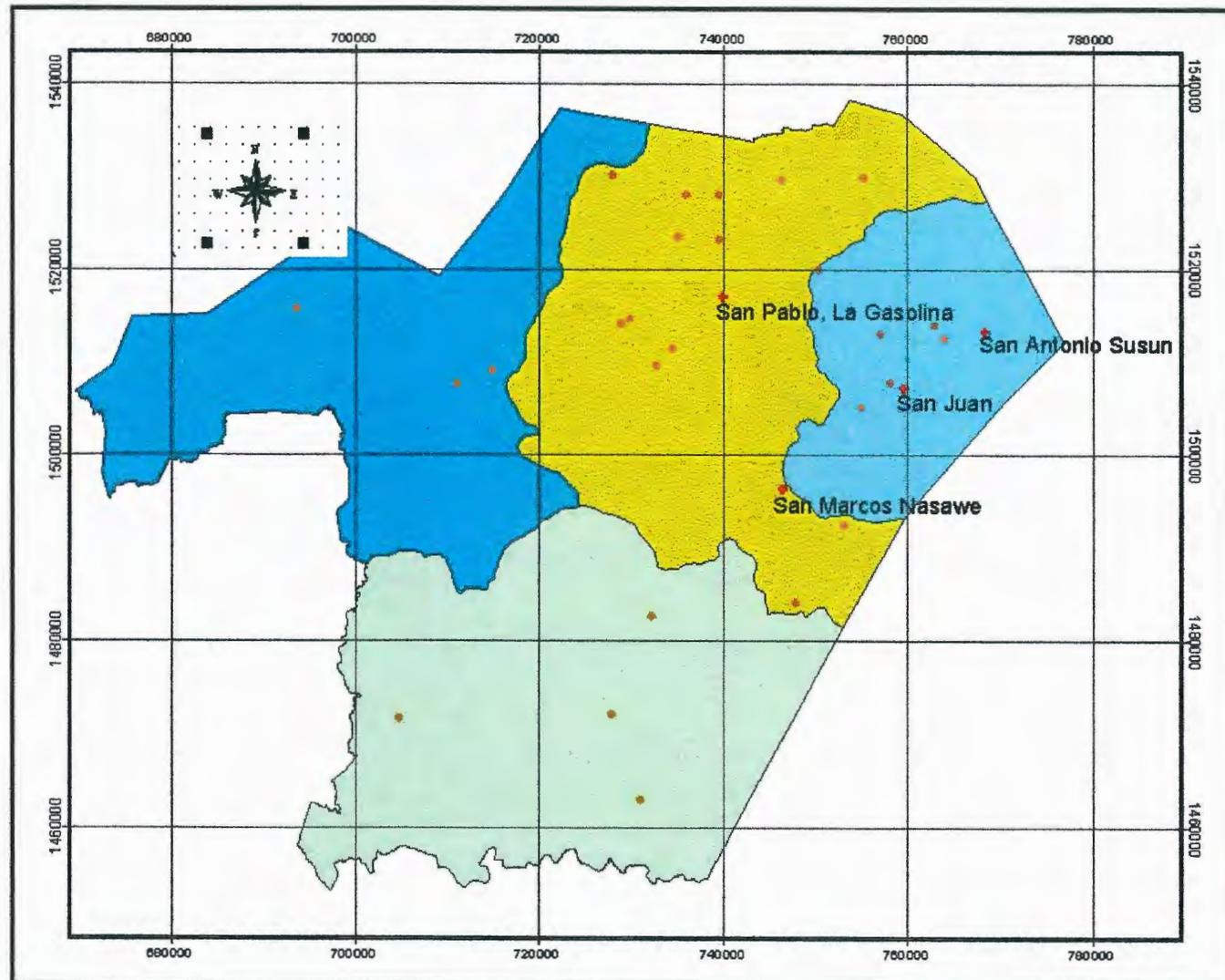
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Estimad@s Señor@s de Instituciones Públicas y Organismos no gubernamentales seleccionad@s, somos estudiantes del curso de maestría en salud pública intercultural efectuada en Bilwi de 1998 – 2001, nos encontramos realizando el trabajo final sobre la percepción de los actores sociales sobre la mortalidad materna en el Municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) período 2000 – 2001 para optar al título de master en salud pública. Les agradecemos de antemano por su contribución a nuestro estudio.

1. ¿Cuál es su percepción sobre los principales factores que afectan la mortalidad materna?
2. ¿Cuál cree usted que son los efectos que causan la mortalidad materna?
3. ¿Cómo afecta la migración el problema de las muertes maternas especialmente en mujeres que habitan en comunidades de difícil acceso?
4. ¿Qué actividades cree usted que se debe coordinar para fortalecer la atención a la mujer?
5. ¿Cuál es su opinión con relación a las consecuencias que provocan las muertes maternas en el Municipio de Siuna?
6. ¿Cuál es su valoración de la asistencia de las mujeres embarazadas a la casa materna del Movimiento de Mujeres Paula Mendoza Vega (MMPMV)?
7. ¿Cuáles considera usted que serían algunas recomendaciones que se pueden hacer a nivel local, municipal y otros niveles para mejorar la situación de las muertes maternas en el Municipio de Siuna?
8. ¿Cuáles Instituciones y Organizaciones conoce usted que trabajan en Programas de Atención a la mujer embarazo, cual es su relación con ellos y que actividades deberían trabajar en conjunto con que Institución?
9. ¿Existen esfuerzos de coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención a la mujer ?
10. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que existen en el Municipio de Siuna?
11. ¿Podría decirnos que piensa sobre las muertes de las mujeres durante el embarazo?
12. ¿Qué entiende por mortalidad materna?
13. ¿Qué piensa sobre las muertes maternas durante el parto y post parto?

MUERTES MATERNAS/SIUNA 2000-2001

COMUNIDAD	2000	2001
Nueva Luz	1	
San Pablo, La Gasolina	1	
San Juan	1	
San Marcos Nasawe	1	1
San Antonio Susun	1	
Kuikuinita, Santo Domingo		1
Danlí Carao		1
Sarawas		1
San Miguel, Las Nubes		1
Campo 2		1
La Toboba		1
Coperna		1
El Dorado		1
El Corozo		1
Silawas (Bonanza)		1
TOTAL	5	11



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE DE NICARAGUA
CENTRO DE INFORMACIÓN
SOCIO AMBIENTAL
URACCAN-CISA LAS MINAS



Coordenadas UTM NAD 27 Central.

MAPA: Casos de muerte materna en comunidades de Siuna 2000.

Tema: Percepción de Actores Sociales sobre mortalidad materna en el municipio de Siuna, RAAN mayo 2000-mayo 2001.

Fuente: Hoja topográfica INETER médicos del mundo.

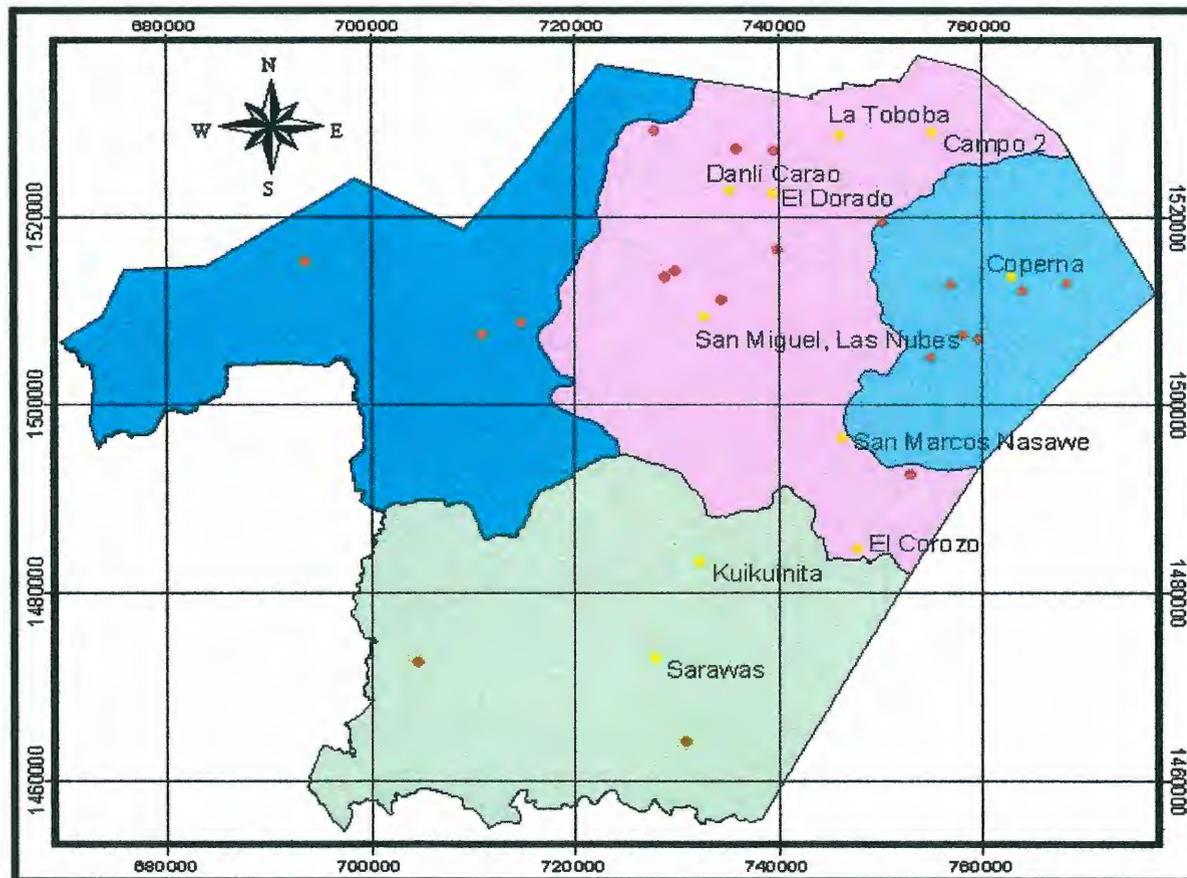
SIMBOLOGÍA

Casos de muerte.

- Comunidades sin caso de muerte.
- Comunidades con caso de muerte.

- Zona Mulukuku.
- Zona Siuna.
- Zona Coopera.
- Rosagranade.

SIUNA 15 Febrero 2004



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE DE NICARAGUA
CENTRO DE INFORMACIÓN
SOCIO AMBIENTAL
URACCAN-CISA LAS MINAS



Coordenadas UTM NAD 27 Central.

MAPA: Casos de muerte materna en
comunidades de Siuna 2001.

Tema: Percepción de Actores Sociales
sobre mortalidad materna en el
municipio de Siuna, RAAN mayo
2000-mayo 2001.

Fuente: Hoja topográfica INETER
médicos del mundo.

SIMBOLOGÍA

Casos de muerte.

- Comunidad sin caso de muerte.
- Comunidad con caso de muerte.

- Zona mulukuku.
- Zona siuna.
- Zona Coperna.
- Rosagranade.

10 0 10 20 30 Kilometers

