



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA 2002-2004.

PERCEPCIÓN DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, ÁREA URBANA,
DANLI, EL PARAÍSO, HONDURAS, I SEMESTRE 2004.

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
MAESTROS EN SALUD PUBLICA.

AUTORES:

German Mauricio Erazo Santos, MD.
Sonia Arely Cruz Alemán, MD.
Hector de Jesús Zepeda Mendoza, MD.

TUTOR:

Manuel Martínez Moreira, MSc.

Ocotal, Nueva Segovia, Agosto. 2004.

INDICE

RESUMEN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
I. ANTECEDENTES	2-4
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. OBJETIVOS	7
V. MARCO DE REFERENCIA	8-41
VI. DISEÑO METODOLOGICO	42-47
VII. RESULTADOS	48-61
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	62-69
IX. CONCLUSIONES	70-71
X. RECOMENDACIONES	72
XI. BIBLIOGRAFÍA	73-74
XIII. ANEXOS	75

DEDICATORIA.

A Dios por ser nuestro guía y luz en el camino.

Al CIES-UNAN Managua por compartir sus conocimientos.

Y al gremio médico hondureño, para que le sirva de ejemplo y comprenda que sólo la educación continua puede hacer de nuestra patria un lugar mejor donde vivir.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por haberme iluminado y guiado, y poder culminar este esfuerzo conjunto.

A mis Padres por servirme de ejemplo e inspirarme a continuar.

A mis Maestros por compartir sus conocimientos, experiencias y sobre todo su amistad.

A nuestro tutor MSc. Manuel Martínez por su gran ayuda y empeño.

A mis compañeros de la primera fila por su amistad, que nunca olvidaré.

Y en especial a mi esposa Sonia, por apoyarme siempre y brindarme su amor y paciencia.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS de él viene la sabiduría, es mi guía y hace realidad mis propósitos.

A mis Padres por ser ejemplo en mi vida de constancia y perseverancia.

A mis Maestros del CIES, por compartir sus experiencias y amistad.

A nuestro tutor MSc. Manuel Martínez por su amistad, su apoyo y su empeño.

A mis compañeros en especial los de la primera fila.

A Mili y a Naly por su ayuda incondicional.

Y en especial a mi esposo Mauricio, por ser mi amigo, mi apoyo, mi compañía y brindarme su amor.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por haberme iluminado y guiado en este esfuerzo educativo.

A mi Padre Ernesto Alberto y mi Madre Emelina por su esfuerzo a mí entregado.

A mis maestros del CIES.

A mis compañeros de maestría por su solidaridad y respaldo.

A mis hijos Héctor Ernesto, Daniela María, Jimena y Ricardo, por ser mi luz y mi motivación.

Y en especial a mi esposa Yolani por su paciencia, comprensión y amor.

RESUMEN.

El presente estudio de percepción corresponde a una investigación con método cualitativo que trata de indagar la percepción de las usuarias del Programa de Atención Integral a la mujer en Danlí, el Paraíso, área urbana, I semestre 2004.

Con especial atención en los aspectos de prevención del embarazo, el embarazo y riesgo reproductivo, la percepción acerca de la Atención de salud que reciben, y la percepción del programa de Atención integral a la mujer, sobre sexualidad y género.

Se tomó un grupo de 51 usuarias provenientes del área urbana, mayores de 17 años y menores de 36 años que acudieron regularmente a las consultas de atención integral a la mujer y salud sexual y reproductiva.

El grupo fue seleccionado en base a los criterios de conveniencia antes mencionados. Las usuarias seleccionadas corresponden al Hospital Gabriela Alvarado.

En general las usuarias entrevistadas tienen una adecuada percepción de los conceptos de prevención del embarazo, embarazo y riesgo reproductivo, así como de la atención recibida de los servicios de salud. Así también las usuarias perciben como importante la virginidad, conocen la edad más adecuada para iniciar la vida sexual, no creen exista diferencia alguna en la atención recibida según el género del usuario y reconocen la existencia de factores que dificultan el acceso a los servicios de atención.

Esta investigación reconoce la importancia de los estudios de percepción por que permite mejorar la gestión del programa y conocer la satisfacción del cliente externo e interno.

Acerca de las recomendaciones sugerimos promover más la educación en lo relativo a los signos de peligro durante el puerperio, mejorar la percepción acerca de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, socializar, normatizar y gestionar la existencia de los servicios de atención orientados a la mujer violentada y/o maltratada. Insistimos en la necesidad de implementar estrategias que mejoren el acceso de la mujer a los servicios de atención.

I. INTRODUCCIÓN.

Actualmente se le da importancia a conocer a los usuarios mas allá de los síntomas que expresa como persona y evitar deshumanizar los servicios de salud . Cuando se empieza a conocer mejor al usuario, a saber de qué lugar procede, qué ideas y opiniones tiene acerca de temas relacionados con su salud y los servicios de salud que recibe, qué dificultades pasa para llegar a la consulta, qué condiciones lo imposibilitan de seguir prescripciones recetadas a todos por igual, qué dejó de comer para poder asistir a la consulta y qué tiene que vender para pagar los servicios y las medicinas, entonces estamos pasando del concepto de paciente, del señor de la cama número tal al de usuario. En este caso el rol reproductivo-maternal asignado socialmente a las mujeres, es uno de los factores que determina el comportamiento que ellas tienen, en relación a la valoración de la salud de los otros y del bienestar familiar, donde la salud de la mujer no es una prioridad.

Muchos de los problemas considerados, por las autoridades y proveedores de la salud, como muy importantes, no son considerados así por la población y consecuentemente no son prioridad para la comunidad.

En función de lo señalado podemos ver que las estrategias de las mujeres son racionales, tienen sentido y lógica, dentro del contexto sociocultural y de género en que se desarrollan, teniendo en cuenta la realidad de los servicios existentes. Por ello, se deben reconocer y valorar las estrategias que tienen las mujeres, con la finalidad de incorporarlas en la organización y desempeño de los servicios dirigidos a ellas mismas.

Las políticas sobre la atención a la salud integral de la mujer deberían tomar en cuenta estas necesidades y asumir a las mujeres como protagonistas, en el diseño y la priorización de acciones en torno a la solución de sus problemas específicos en salud. Si se quiere aumentar la utilización de los servicios ginecológicos y obstétricos, éstos debían ser más adecuados a las necesidades reales de las mujeres.

II. ANTECEDENTES.

En la presente década Honduras ha logrado algunos avances en los esfuerzos por reducir los indicadores de impacto en la salud de la población materno infantil, en ese sentido con el propósito de dar un enfoque integral a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la niñez se creó mediante resolución ministerial No. 0042 el programa de atención integral a la mujer cuya administración se interesó en aplicar estrategias que permitan y garanticen el acceso a la atención en salud y en promover la atención integral a la mujer, cuyo programa tiene los siguientes componentes (1) :

- a. Todas las acciones relativas a la atención integral la mujer en su etapa preconcepcional.
- b. Todas las acciones relativa atención de la Mujer embarazada.
- c. Todas las acciones relativas a la atención del parto y la atención inmediata del recién nacido.
- d. Todas las acciones relativas a la atención puerperal
- e. Todas las acciones relativas al componente materno de la lactancia materna
- f. Todas las acciones relativas a la planificación familiar

Este programa incluye en todas sus acciones el enfoque de Riesgo Reproductivo (no obstétrico) y el enfoque de género y es mediante acuerdo ministerial No. 0966 del 13 de abril de 1999 que se establece con carácter obligatorio el cumplimiento de las Normas para la Práctica de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y preventiva en los establecimientos de salud públicos y privados.

Situación general de la Atención en Salud de la Mujer, Logros y sus Tendencias.

Honduras con una extensión territorial de 112,492 Km², cuenta con una población de 7.2 millones de habitantes (1), estimándose que casi la mitad de la población residía en áreas urbanas, y que aproximadamente el 45% de la población es menor de 15 años de edad y el 4% menor de 65 años. La dinámica de la población hondureña se ha caracterizado por mantener tasas relativamente altas de fecundidad y mortalidad, llegando en el año 2001 a

estimarse una tasa de crecimiento poblacional del 2.69%, lo que implica que de mantenerse este ritmo de crecimiento la población hondureña se duplicará en 26 años.

La disponibilidad de acceso a servicios básicos adecuados, tales como electricidad, agua y servicios para la eliminación de excretas y la basura se encuentra asociada con mejores condiciones de supervivencia de la población en general y de los niños, en particular.

El nivel de escolaridad de las mujeres y los hombres influye de manera importante en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con su salud y la de sus hijos, y de manera especial sobre el comportamiento reproductivo.

En los últimos cinco años, los niveles de escolaridad mejoraron ligeramente en las mujeres, observándose lo contrario en los hombres.

En lo concerniente a algunos indicadores de salud es importante mencionar algunos aspectos como los siguientes:

Fecundidad (2).

Honduras ha experimentado un lento pero sostenido descenso en los niveles de fecundidad desde 1981, la tasa global de fecundidad bajó de 4.9 a 4.4 hijos, descenso que fue más notorio en el área rural y entre las mujeres que no cuentan con educación formal. Las mujeres que viven en área rural tienen un promedio de 5.6 hijos y las mujeres que viven en el área urbana tienen 3.3 hijos.

Determinantes de la Fecundidad.

Un factor determinante de la fecundidad es la edad a la que las mujeres tienen el primer hijo, lo que, a su vez, se relaciona con la edad de la primera relación sexual. El 46.7% de las mujeres comprendidas entre las edades de 18 a 29 años, tuvo su primera relación sexual antes de cumplir sus 18 años. Así mismo, el 27.9% de este mismo grupo etáreo tuvo su primer hijo antes de cumplir los 18 años.

Salud Materna.

Atención Prenatal. El control prenatal del último nacido vivo tiene una cobertura de aproximadamente un 85% y no ha variado en los últimos 14 años. Sin embargo, hay

cambios importantes en la fuente del servicio, ya que ahora casi la totalidad de los controles prenatales son institucionales, lo que mejora la oportunidad de poder detectar problemas que amenacen la vida de la madre y del niño. Los principales proveedores del control prenatal lo constituyen las unidades primarias de atención pertenecientes a la Secretaría de Salud, CESAR y CESAMO, en los cuales se realizó el 56.1% de los controles.

Atención del Parto. El aumento de cobertura del parto institucional es una estrategia clave para la prevención de la mortalidad materna y perinatal asociada al parto, para el año 2001 el parto institucional del último nacido vivo fue de aproximadamente 61.7% en relación a un 40.5% para el año 1987.

Planificación Familiar. En Honduras, casi la totalidad de las mujeres en unión de 15 a 44 años, ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo. Esto indica que las mujeres están concientes de que existen los medios para la regulación de la fecundidad, Los métodos más conocidos por las mujeres son los orales, los condones y la esterilización femenina. Para el 2001 el uso de anticonceptivos aumento en casi 12 puntos porcentuales desde 1996, este aumento en el uso se debe al incremento de los métodos temporales sobre todo los inyectables principalmente depo provera. La esterilización femenina es el método anticonceptivo de mayor prevalencia (de 18%) siendo mayor en las áreas urbanas, no obstante que las nuevas normas de salud aprobadas en 1998 modificaron los requisitos para facilitar que una mujer pueda esterilizarse.

En Honduras históricamente la conceptualización de la salud de la mujer ha sido en términos epidemiológicos-reproductivos lo que restringe la inclusión de otros aspectos importantes tales como la salud mental, emocional, ocupacional, de satisfacción, de percepción, etc. Por lo que hasta éste momento no existen estudios dirigidos a conocer la percepción que tienen las usuarias de los servicios que brinda la Secretaría de salud en lo que al programa de atención integral a la mujer se refiere, por lo que se plantea la inquietud de realizar un estudio con características cualitativas en temas de género, sexualidad, embarazo, prevención del embarazo, riesgo reproductivo y satisfacción de la atención.

III. JUSTIFICACIÓN.

Este estudio va dirigido a conocer aspectos de percepción de las usuarias del programa de atención integral a la mujer área urbana, Danli, El Paraíso, Honduras con relación al enfoque de género, sexualidad, anticoncepción, embarazo, riesgo reproductivo y satisfacción de los servicios de salud recibidos por parte de los usuarios, los resultados del presente estudio serán de suma importancia para el personal de salud y la gerencia de los servicios de salud especialmente del Hospital Gabriela Alvarado para orientar la gestión de éstos más integral y capaz de satisfacer las inquietudes y necesidades de sus usuarios.

En Honduras no se han realizado estudios por parte de la Secretaría de Salud que promueva el conocimiento de la percepción de los usuarios acerca de la Atención Integral a la Mujer y salud sexual y reproductiva, así como de la atención recibida en los servicios públicos de salud, a pesar de conocerse informes de estudios en otros países que manifiestan datos importantes acerca del conocimiento de los factores que promueven el inicio de los procesos mórbidos que afectan la salud sexual y reproductiva en las mujeres. Existen algunas acciones en este sentido por parte de organismos no gubernamentales, pero éstos sólo se han enmarcado en poblaciones específicas, por lo que su impacto debe ser bien evaluado.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando los diferentes aspectos planteados anteriormente se define la pregunta general del estudio:

-¿Cuál es la percepción que tienen las usuarias de los servicios del programa de atención integral a la mujer, en Danli, El Paraíso, Honduras, 2004?

Con base a esta pregunta general se proponen las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Cuál es la percepción que tienen las usuarias acerca de la prevención del embarazo, el embarazo, y los riesgos reproductivos?
2. ¿Cuál es la percepción de las usuarias acerca de la atención de salud que reciben de parte del programa?
3. ¿Cómo perciben las mujeres del área urbana de Danli, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, la sexualidad y su relación con el género?

V. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general:

Analizar la percepción que tienen las usuarias del programa de atención integral a la mujer, Danlí, El Paraíso, área Urbana, 2004.

5.2 Objetivos específicos:

1. Analizar la percepción de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer, acerca de la prevención del embarazo, el embarazo y riesgo reproductivo.
2. Describir la percepción de las usuarias del área urbana de Danlí, acerca de la Atención de salud que reciben del Programa en la unidad de salud Hospital Gabriela Alvarado.
3. Identificar la percepción de las usuarias del programa de Atención integral a la mujer, sobre sexualidad y género.

VI. MARCO DE REFERENCIA.

Política Nacional de la Mujer(3).

Es el conjunto de lineamientos para abordar de forma integral la problemática de desigualdad que afecta a las mujeres así como la promoción de sus derechos.

Las políticas y los decretos representan el marco regulatorio para los programas, estrategias y actividades que en el país se desarrollan con relación a la salud sexual y reproductiva y por lo tanto son el fundamento más importante (conjuntamente con los acuerdos internacionales y las normas técnicas de la Secretaría de Salud) para la confirmación e implementación de la nueva Estrategia Metodológica del sistema de Programación, Organización, Monitoría y Evaluación de los servicios de Planificación Familiar en los diferentes niveles de atención para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.

Las políticas son formuladas a través de un proceso amplio de consulta con participación del movimiento de mujeres en sus diversas expresiones, representantes de instituciones del estado, partidos políticos y sociedad civil. Las políticas definen fundamentalmente que:

- El ser humano es protagonista de su propio desarrollo.
- La familia es el pilar fundamental de la sociedad.
- La salud es una prioridad del Estado y un elemento fundamental del desarrollo humano y social.
- Todas las personas merecen el respeto de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
- Los adolescentes son un grupo de prioridad primordial.
- El tema de la salud sexual y reproductiva será discutido permanentemente para asegurar servicios de salud de calidad, acceso universal y sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

Los principales fundamentos de las políticas son:

- Los convenios internacionales: Plataforma de acción Mundial de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Convención sobre la eliminación de todas las formas de

discriminación contra la mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará).

- Legislación Nacional: Constitución de la República, Ley Contra la Violencia Doméstica y Ley de Igualdad de Oportunidades Para la Mujer.

Orientan las acciones prioritarias para avanzar en el efectivo cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades, como fundamento del desarrollo nacional.

Promueven la creación de condiciones favorables para superar las brechas de desigualdad que existen entre mujeres y hombres , así como el avance social, político, económico y cultural de las mujeres.

La legislación fue oficializada como POLÍTICA DE ESTADO, por decreto ejecutivo 015-2002 el 7 de noviembre del 2002, contiene cinco ejes prioritarios:

Salud.

Educación y medios de comunicación.

Economía y pobreza.

Violencia.

Participación social y política.

Eje de Salud..

Lineamiento de Política:

Formular planes y programas de salud con enfoque de género, para promover un estado de salud óptimo en las mujeres, a lo largo de su ciclo de vida.

Objetivos:

- Fortalecer la Política Nacional de Salud a través de la implementación de planes y programas formulados con enfoque de género.
- Disminuir los índices de Morbilidad y Mortalidad de las mujeres, mejorando su salud sexual y reproductiva.

- Disminuir en las mujeres los índices de morbilidad y mortalidad por infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA.
- Mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de atención en salud con calidad y calidez.
- Reducir los actuales índices de morbilidad y mortalidad en las mujeres afro-hondureñas e indígenas.
- Desarrollar y fortalecer programas integrales de promoción y atención en salud dirigidos a las y los adolescentes.
- Mejorar la salud ocupacional de las mujeres trabajadoras.
- Promover investigaciones sobre la salud, atendiendo a realidades diversas, como base para la definición de planes, programas y proyectos con enfoque de equidad de género.
- Visibilizar la problemática de las mujeres en el sistema de información estadístico en salud.

Tratados, Acuerdos y Convenios Suscritos por Honduras (4).

Honduras ha sido partícipe de la suscripción de una serie de acuerdos, tratados y convenios internacionales que buscan mejorar el estatus de las mujeres Hondureñas.

Haremos mención de los acuerdos de lo que Honduras forma parte:

1. El 25 de noviembre de 1974, el gobierno de Honduras se adhirió a la Resolución 3010 del 10 de diciembre de 1972, en la que la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el año de 1975 como año internacional de la Mujer.
2. Mediante decreto No.979, del mes de mayo de 1980, el gobierno de Honduras aprobó “La convención Sobre la Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra La Mujer”, cuyo instrumento de ratificación fue depositado en la Secretaría de las Naciones Unidas en mayo de 1982.
3. En diciembre de 1982, Honduras aprobó “La Declaración Sobre La Participación De La Mujer En La Promoción De La Paz Y Cooperación Internacional”, basada en la Declaración de México Sobre La Igualdad De La Mujer Y su Contribución Al Desarrollo Y La Paz.

4. Honduras, como nación miembro del Sub-Comité Especial Sobre la Mujer, la salud y el desarrollo, de la Organización Panamericana de la Salud, ha ratificado la meta de lograr: “Salud para Todos y Todas para el año 2000”.
5. declaración sobre medio ambiente y desarrollo, adoptado en Río de Janeiro en junio de 1992.
6. En 1995, Honduras ratificó la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra La Mujer”, impulsado por la Organización de Estados Americanos.
7. Convenio relativo a la Igualdad de Remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor (Convenio 100, Organización Internacional del Trabajo).
8. La Declaración de Beijing, surgida de la cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer celebrada en Beijing, China en septiembre de 1995.

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, China (5).

Esta es la Conferencia Mundial que mayor participación social ha tenido, 35,000 mujeres se dieron cita para insistir en la responsabilidad de los Estados de garantizar nuestra participación en la definición, debate, gestión y aprobación de políticas públicas que promuevan el desarrollo integral y la vigencia plena de los derechos humanos de las mujeres.

Esta Conferencia se desarrollo en Beijing, China entre los días 31 de agosto y 15 de septiembre de 1995.

El objetivo principal de la Conferencia, fue elaborar un programa mundial de igualdad, orientado a proteger los derechos humanos de las mujeres con independencia de sus características individuales de raza, etnia, edad, condición social, estado civil, religión y cultura.

Uno de los avances importantes, fue la capacidad desarrollada por las mujeres en términos de ejercitar la capacidad de negociación del movimiento de mujeres y las delegaciones oficiales.

Otro avance lo constituyó la integración de mujeres de la sociedad civil en las delegaciones oficiales, tal es el caso de América Latina donde un elevado número de países lo hizo, iniciando así los pasos hacia la participación real de la ciudadanía en los procesos democráticos.

La Declaración de Beijing (6).

Manifiesta explícitamente la voluntad política de los gobiernos que se comprometieron a impulsar el consenso y los progresos alcanzados en conferencias anteriores de Naciones Unidas, con el objetivo de lograr la igualdad, el desarrollo y la paz.

La Declaración Política de la Conferencia compromete a los Gobiernos en los siguientes puntos:

- Impulsar las estrategias de Nairobi de que termine el siglo, garantizar a las mujeres y a las niñas todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y tomar medidas eficaces contra las violaciones de estos.
- Promover la independencia económica y erradicar la carga persistente y cada vez mayor de la pobreza que recae sobre las mujeres, combatiendo sus causas mediante cambios en las estructuras económicas.
- Garantizar la igualdad de acceso y trato de mujeres y hombres tanto en la educación como en la atención de salud, y promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Garantizar la paz para el adelanto de las mujeres, reconociendo su función rectora en el movimiento pro-paz, y trabajar en el desarme completo.
- Asegurar el éxito de la plataforma de Acción a través de la movilización de recursos a nivel nacional e internacional, así como proveer recursos nuevos y adicionales procedentes de todos los mecanismos de financiación disponibles para los países en desarrollo.
- Garantizar que todas las políticas y programas de los Gobiernos reflejen la Perspectiva de Género.

Plataforma de Acción Mundial (PAM) (7)(8). Es el documento final de la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, que contiene varias medidas que buscan romper los

obstáculos que impiden una participación activa de las mujeres tanto en la vida pública como privada, identificando doce áreas críticas o esferas de principal preocupación para el progreso de las mujeres:

1. Persistente y creciente carga de pobreza sobre las mujeres.
2. Desigualdad de acceso a la educación.
3. Desigualdad en materia de salud y servicios conexos.
4. Todas las formas de violencia contra las mujeres.
5. Consecuencias de las persecuciones y de los conflictos armados en la vida de las mujeres.
6. Desigualdad de acceso y participación de la mujeres en la definición de estructuras políticas y económicas.
7. Desigualdad entre hombres y mujeres en el ejercicio del poder y en la adopción de decisiones.
8. Falta de mecanismos de todo tipo que promuevan el adelanto de la mujer.
9. Promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.
10. Falta de acceso de la mujer a los medios de comunicación social y uso indigno que éstos hacen de su imagen.
11. Marginación de la mujer en la discusión y solución de los problemas ecológicos.
12. Persistencia de la discriminación contra las niñas.

Avances en el Cumplimiento de la Plataforma de Acción Mundial-Beijing en Honduras Año 2000 (9).

Avances en el Eje de Salud.

SECTOR INSTITUCIONAL	AVANCES ENCAMINADOS AL CUMPLIMIENTO
<p>Sector Gubernamental</p> <p>Poder Ejecutivo.</p> <p>Poder Legislativo.</p> <p>Poder Judicial.</p> <p>Instituto Nacional de la Mujer.</p> <p>Secretaria de Salud</p>	<p>-Creación de las consejerías de familia según acuerdo Presidencial No.0079, de fecha 9 de junio de 1993.</p> <p>-Sanción de la ley de VIH-SIDA, mediante decreto No. 147-99.</p> <p>-Aprobación del código de la niñez y de la adolescencia En el año 1996.</p> <p>-Aprobación de la ley VIH-SIDA.</p> <p>-Creación de los juzgados de letras de la niñez.</p> <p>-Elaboración de proyectos en coordinación con autoridades de las consejerías de familia, para obtención de apoyo de agencias financieras, para el fortalecimiento de las consejerías de familia.</p> <p>-Incorporación en el plan de trabajo definido para el año 2000 de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de las mujeres en el tema de la salud.</p> <p>-Desarrollo de reuniones de trabajo con autoridades y personal de las consejerías de familia para la coordinación de acciones estratégicas.</p> <p>-Elaboración de un diagnóstico situacional de la mujer hondureña.</p> <p>Diseño de un plan Nacional de Emergencia en Salud Mental.</p> <p>Incorporación de la equidad de género en forma transversal dentro de los programas y proyectos.</p> <p>Actividades de coordinación con otras Secretarías, Organizaciones no gubernamentales y Agencias Internacionales.</p>

SECTOR INSTITUCIONAL	AVANCES ENCAMINADOS AL CUMPLIMIENTO.
Programa de Asignación Familiar. (PRAF).	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecimiento del programa mujer, salud y desarrollo. -Creación de programas de adolescentes y niñas. -Motivación y participación masculina en los diferentes programas, proyectos y acciones de salud. -capacitación al personal de salud en todas las regiones del país. -Coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales y agencias del sistema de Naciones. -Elaboración y distribución de materiales de formación Sobre la equidad de género y en salud reproductiva. -Identificación de grupos vulnerable: de VIH-SIDA y trabajadoras del sexo.
Fondo Hondureño de Inversión Social.	<ul style="list-style-type: none"> -Proyectos de infraestructura para la construcción de Centros de salud.
Sector Sociedad Civil,	
Centro de Estudios de la Mujer.	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de investigaciones sobre las temáticas de Aborto y SIDA. -Desarrollo de trabajo en atención a mujeres adolescentes a través de servicios integrales. -Formación de 38 mujeres de grupo de base en: violencia, salud reproductiva y derechos sexuales.
Asociación Hondureña de Planificación Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción de los derechos reproductivos de la mujer. -Promoción de la salud integral de la mujer. -Desarrollo de campañas de salud reproductiva. -Educación y capacitación en salud sexual, para hombres y mujeres. -Seguimiento a los acuerdos suscritos por el Gobierno sobre la temática de salud.

SETOR INSTITUCIONAL	AVANCES ENCAMINADOS AL CUMPLIMIENTO.
<p data-bbox="224 302 526 478">Sector de Cooperación Internacional. Fondo de Población de las Naciones Unidas</p> <p data-bbox="224 630 516 697">Organización Panamericana de la Salud.</p> <p data-bbox="224 1381 500 1520">programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="652 415 1367 478">-Apoyo para la elaboración de la política de salud reproductiva. <li data-bbox="652 487 1344 550">-Apoyo para la incorporación de la educación sexual a programas formales. <li data-bbox="652 558 1172 592">-Capacitación a auxiliares de enfermería. <li data-bbox="652 634 1367 697">-Desarrollo de taller para definir plan de acción del programa salud, mujer y desarrollo. <li data-bbox="652 705 1383 768">Desarrollo de investigaciones para establecer las diferencias genéricas con los trabajadores de la salud. <li data-bbox="652 777 1344 840">-Definición y avances del modelo de atención violencia intrafamiliar. <li data-bbox="652 848 1318 911">-Apoyo técnico y financiero para la ejecución en los programas de salud. <li data-bbox="652 953 1367 1016">-Programa de salud reproductiva para el seguimiento de las cumbres Cairo-Beijing. <li data-bbox="652 1058 1360 1121">-Avances en un proyecto piloto para el tamizaje de violencia en los servicios de salud. <li data-bbox="652 1163 1351 1302">-Avances en el proyecto de calidad de atención con enfoque de género en un Hospital de la zona oriental del país. <li data-bbox="652 1381 1383 1575">-Proyecto de fortalecimiento de las capacidades gubernamentales para dar cumplimiento a la Cumbre Mundial De la Mujer, en torno a varias áreas estratégicas, contemplada dentro de éstas el tema de la salud.

En Honduras se pueden citar algunas conclusiones como puntos nodales, en el proceso de seguimiento a la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, los que deberán ser retomados por las instancias correspondientes para generar propuestas de políticas públicas destinadas a mejorar la condición y posición de las mujeres en la sociedad hondureña (10).

- Desde el Gobierno, no se estableció un Plan de Acción Nacional, encaminado a dar cumplimiento a la Plataforma de Acción Mundial Beijing, lo que trajo como consecuencia el desarrollo de acciones aisladas, por parte de los diferentes entes gubernamentales.
- Las acciones aisladas fueron desarrolladas, en correspondencia con su quehacer gubernamental, no en base a mandatos para el cumplimiento de los compromisos.
- Desde el Gobierno se ha hecho un abordaje de la problemática de la mujer de forma aislada y empírica y sobre todo por la presión de los entes financieros y de la población meta.
- Se han creado diferentes instancias para atender la problemática de las mujeres, pero estas tienen fuertes limitaciones en la ejecución de sus acciones al no tener los recursos técnicos y financieros correspondientes.
- Existe un claro desinterés de los/as funcionarios/as que ocupan puestos de decisión, por asumir los lineamientos dictados por la instancia responsable de regir las políticas destinadas a mejorar la situación y posición de las mujeres hondureñas.
- Podemos decir que en los actuales momentos no se cuenta con información sistematizada de las diferentes y pocas acciones desarrolladas por instancias gubernamentales, lo que implica un alto grado de dificultad para la construcción de informes.

Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, El Cairo (11)(12).

En la CIPD, celebrada en El Cairo en 1994, participaron más de 170 Estados en sus negociaciones que se comprometieron a promover su Plan de Acción en los próximos 20 años. Los tres objetivos más importantes para alcanzar en ese período fueron: la reducción de la mortalidad infantil y materna, el acceso universal a la educación (especialmente para las niñas) y el acceso universal a servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

En esta Conferencia se produce además una transformación del derecho de ciudadanía: el reconocimiento, en el Plan de Acción, de los derechos que se disfrutaban o niegan en el interior del hogar va ocupando cada vez más espacio en la concepción de los derechos humanos. También se establece que los servicios de orientación, educación y planificación familiar post-aborto "deben ser inmediatos para ayudar a prevenir abortos repetidos", y "debe considerarse la revisión de leyes de penalización contra las mujeres que han practicado abortos ilegales".

En diferentes artículos del Programa de Acción se definen los derechos reproductivos y se convoca a los gobiernos a considerar el aborto inseguro como un problema mayor de salud pública, a mejorar los servicios de planificación familiar para evitar los abortos, a proveer de atención y orientación a las mujeres que tengan embarazos no planeados, que se determinen las medidas y cambios sobre el trato del aborto a nivel nacional y local de acuerdo a procesos legales nacionales, y se afirma que "en todos los casos las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de las complicaciones de los abortos. Los servicios de orientación, educación y planificación familiar post-aborto deben ser inmediatos para ayudar a prevenir abortos repetidos", y "debe considerarse la revisión de leyes de penalización contra las mujeres que han practicado abortos ilegales."

El Cairo en el Contexto Mundial (13).

Los dos Programas de Acción, tanto de Cairo como de Beijing, pueden ser comprendidos como marcos normativos éticos iniciales. Son textos consensuados por la comunidad internacional (con reservas de algunos países como el Vaticano y los países islámicos) que constituyen una obligación moral de los Estados que los firmaron. A diez años de las Conferencias de Beijing y El Cairo, la situación mundial se fue

complicando con el surgimiento de nuevas voces y el resurgimiento de otras viejas (consevardurismos, fanatismos, fundamentalismos, etc.) contra los derechos sexuales y reproductivos, contra los derechos humanos. Luego del avance que significó el proceso de consenso de las Conferencias de los años '90, se ponen ahora de manifiesto fuerzas contrarias que intentan revertir estos acuerdos, con la Administración Bush y la jeraquía de la Iglesia Católica encabezando una guerra declarada a los derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo, junto con otros aliados.

Ante este panorama mundial parecería que el contexto no es favorable para abrir una discusión sobre los temas ya acordados y comprometidos a nivel internacional. Las discusiones regionales ofrecen un marco más esperanzador, como lo mostró la V Conferencia Intergubernamental de Asia y Pacífico y la Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, donde los países se unieron en bloque reiterando su compromiso con los acuerdos de la CPID. En la Conferencia de Asia Pacífico, la delegación de EEUU se opuso a los términos “servicios de salud reproductiva” y “derechos reproductivos” alegando que tales frases “promueven el aborto” y declarando que “Estados Unidos apoya la sacralidad de la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural”. Aferrándose a una política de “sólo abstinencia”, también trató de eliminar todo lenguaje que mencionara el “uso consistente del condón” como un método viable para prevenir la infección por VIH. Finalmente, la posición de EEUU fue derrotada por 32 votos contra 1. Esta conferencia fue la primera de una serie de reuniones regionales que se llevan a cabo en el mundo durante el año 2004.

Salud Integral a la Mujer (14).

En Latinoamérica el ejercicio de las profesiones de la salud para promocionar e intervenir en la salud de las mujeres, se ha regido por el modelo que guía la práctica médica y por los enfoques que orientan las políticas económicas para el desarrollo. Por su parte, la práctica médica ha seguido el modelo biomédico fundamentado en el paradigma positivista de la medicina, el cual hace énfasis en la objetividad de la ciencia. Este modelo ha reproducido y

perpetuado, a través de su práctica, estereotipos creados culturalmente, que generan valoraciones discriminatorias y situaciones no equitativas para las mujeres.

Como ilustración a lo anterior se pueden enunciar algunas prácticas y conceptos que hacen parte del modelo biomédico: la concepción fraccionada del cuerpo en sistemas no relacionados, reduce la salud de la mujer a la disfunción de sus órganos y sistemas. La preocupación por los síntomas constituye uno de los ejes estructurales de la práctica médica, que lleva a ocuparse más de la curación que del cuidado de la salud. En este sentido, la mujer es objeto de programas y acciones planeadas e impuestas desde este saber y con frecuencia es expropiada de su capacidad de decidir en los eventos de su salud y su enfermedad.

Además, el modelo ha hecho caso omiso de la dimensión cultural como aspecto importante en las construcciones sociales y en las percepciones que de la salud y la enfermedad tienen las mujeres. Es así como existe una disparidad entre el saber científico y la mirada de las mujeres en la interpretación del proceso salud enfermedad, en cuanto para la práctica médica, la salud y la enfermedad son verdades fundadas en presupuestos naturales, o sea, no hay explicaciones sino desde lo clínico y lo patológico; mientras que en el concepto de las mujeres se tiene en cuenta lo subjetivo y el cuerpo como escenario básico de las situaciones conflictivas, personales y familiares que se manifiestan en los signos y síntomas. Por otro lado, como modelo preocupado por avanzar científicamente en el conocimiento de la enfermedad para curarla, prevenirla o rehabilitar al paciente, no ha tenido en cuenta otros problemas relacionados con la vida humana y sus condiciones de existencia como las diferencias de género, clase, étnia, procedencia y edad, lo cual genera situaciones de inequidad y desventajas entre las personas. En lo referente al sistema de salud y las instituciones formadoras del recurso humano en salud, puede decirse que ha adoptado y conservado este modelo. En las instituciones de salud ha predominado la atención dirigida, fundamentalmente, al núcleo materno infantil con exclusión del hombre de la responsabilidad de la salud reproductiva, de la salud sexual, de la crianza, la paternidad y la regulación de la fecundidad, al no solicitar su presencia en los programas de consulta prenatal, vacunación, crecimiento y desarrollo, y planificación familiar entre otros, y negándosele el derecho a participar en el proceso de nacimiento de sus hijos. En el caso

de la regulación de la fecundidad es la mujer quien debe responsabilizarse y asumir los riesgos asociados con el uso de los anticonceptivos.

Un ejemplo de esto es la distribución porcentual de los métodos usados por las parejas; en Latinoamérica más del 80% de la responsabilidad y los riesgos de los métodos anticonceptivos recaen sobre la mujer. Las tasas mundiales de esterilización de mujeres y hombres son desproporcionadas, para 1995 de los 202 millones de personas esterilizadas, 163 millones fueron mujeres (81%), de las cuales 161 millones viven en países en desarrollo (15).

Una nueva concepción de la salud de la mujer son las nuevas tendencias internacionales planteadas por las mismas mujeres, que se orientan hacia la búsqueda del desarrollo integral de la mujer, lo cual exige el replanteamiento del enfoque de la atención en salud y la formulación de propuestas alternativas que respondan a las necesidades específicas de las mujeres desde una concepción integral y humana.

Para esto es necesario entender que la mujer, además de sus necesidades biológicas y psicológicas, tiene una serie de problemas derivados de su posición en la sociedad, razón por la cual la atención de su salud requiere una mirada integral.

En esta línea de pensamiento surgen nuevos conceptos para atender y promocionar la salud de las mujeres, como la propuesta de género en el desarrollo, la cual propone estrategias concretas, desde una perspectiva de género centrada en el desarrollo humano y en la promoción de nuevas prácticas de vida y salud, entendida la vida como el proceso de existir bien ampliando la mirada a todas las categorías que le hacen posible una vida humana en condiciones de equidad. Entender la salud desde una perspectiva de género es comprender que los problemas de las mujeres adoptan formas diferentes en las distintas etapas de su vida y en las distintas ubicaciones sociales y regionales, por ejemplo en algunas partes las mujeres pueden morir por no tener acceso a los servicios de salud, y en otras pueden sufrir por exceso de medicalización o el uso inapropiado de tecnologías ultramodernas. Atender a

la mujer en el marco de las necesidades humanas fundamentales en condiciones de equidad, implica la incorporación de algunas prácticas y conceptos como:

- Reconceptualizar la salud y el proceso salud enfermedad, entendiéndolos como bienestar, como sensación, y percepción placentera y agradable, como garantía de una sobrevivencia digna. Esto está en concordancia con el concepto integral de salud que tienen las mujeres. Para ellas la salud es un proceso social que tiene que ver con el sentir y las posibilidades de hacer cosas. Desde esta perspectiva, la salud abarca un conjunto de elementos necesarios para poder sentir bienestar y desempeñar un rol social.
- Reconocer a la mujer como un ser integral. Una mirada totalizante de la mujer trasciende la mirada del cuerpo femenino como reproductor biológico, y lo ve como una persona con múltiples roles y con diferencias de género asignadas por la cultura; diferencias que le han imprimido unas características específicas en cuanto a sus condiciones de vida y salud. Además, mira a la mujer no como un cuerpo que padece (paciente), sino como una persona con capacidad de reflexión y decisión. El reconocimiento integral de la mujer implica cuatro prácticas importantes. La primera es trascender el síntoma y llegar a lo íntimo de la familia y lo cotidiano, entendiendo que en la salud de las mujeres influye su vida familiar, donde tienen lugar las prácticas de socialización de la salud y la reproducción social. La segunda es desarrollar la capacidad de escucha como requisito para conocer y acercarse más a las mujeres y poder entender su cotidianeidad, pues escuchar permite tener en cuenta las explicaciones que hace la mujer de su salud y su enfermedad. La tercera es otorgar una atención en el marco del respeto a la dignidad humana incorporando elementos cognitivos, culturales, religiosos, afectivos y de su historia personal con una sensibilidad a los problemas y necesidades específicas de las mujeres. Es decir, afianzar el protagonismo contra el paternalismo, que fortalezca la capacidad de resolver por ella misma los problemas sin sufrir discriminaciones, coacciones ni violencias, y permitirle tomar iniciativas por su salud. Hacer énfasis en la corresponsabilidad que la mujer tiene en la apreciación de los problemas de salud

sin generar relaciones de dependencia. Y la cuarta, tener en cuenta el tiempo de las mujeres y sus múltiples roles y responsabilidades.

- Establecer condiciones favorables para la salud reproductiva. Significa entender la salud de las mujeres no sólo como la salud ligada a los eventos de su reproducción y a la ausencia de dolencias que se relacionan con el sistema reproductivo, sino ubicada en el marco del bienestar físico, mental y social, con una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procreación. De igual manera, la salud integral para las mujeres debe potenciar su salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales, del reconocimiento de los derechos reproductivos, del consentimiento voluntario e informado y de la incorporación de su punto de vista en lo que compete a su vida sexual. Además, cuida el derecho a la intimidad y confidencialidad.
- Promover la equidad de género. Esto es promover el cambio de percepciones, actitudes y comportamientos hacia una nueva mirada de la salud reproductiva, mediante la realización de un trabajo en pareja donde se incentive al hombre en la responsabilidad e importancia de su participación en el proceso reproductivo, de planificación familiar y crianza de los hijos, previa información que lo capacite en la forma de asumir responsabilidades inherentes a la paternidad, a su conducta sexual, y la prevención del sida y otras enfermedades genitualmente transmisibles. Es necesario convocar al hombre a los diferentes programas institucionales y permitirle el acompañamiento de la mujer en todo lo referente al proceso de reproducción, lo cual permite romper los estereotipos que refuerzan el papel de la mujer como única responsable de la función reproductiva.
- Reconocer como objeto de atención de la salud de la mujer, problemas específicos de género hasta hoy encubiertos como: la violencia conyugal, la violencia contra la mujer en las instituciones de salud, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral de la mujer, (como el estrés por sobre carga de trabajo) y la construcción estereotipada de la identidad femenina.
- Adoptar un enfoque preventivo que privilegie en la mujer el autocuidado en salud. Esto requiere promover el autocuidado como práctica personal y como estrategia básica para encausar la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana. El

autocuidado debe ser entendido como el conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral. Por lo tanto, un autocuidado en la salud de la mujer trabaja por el autodescubrimiento, la autoestima, la autoconstrucción del cuerpo y la salud, el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su cuerpo, los afectos, las opciones y la sexualidad, el empoderamiento y el protagonismo de la mujer como sujeto.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la meta de la atención integral y promoción de la salud de las mujeres debe estar dirigida hacia el logro de una mujer saludable, es decir, a que ella que se sienta satisfecha consigo misma, se sienta llena de vida y vitalidad, tenga buenas relaciones sociales, posea autocontrol sobre su vida, tome decisiones por convicción propia, disfrute de las cosas que hace, tenga un proyecto de vida y compromisos con la comunidad y disfrute de una sexualidad sana y placentera.

Salud reproductiva.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura (16).

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer

consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual (17).

Sexo y Género.

El género se refiere a los roles y responsabilidades de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas. El sexo es la característica biológicamente determinada que define a la persona como hombre o mujer.

La igualdad de género significa igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

La equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre los hombres y las mujeres y con frecuencia requiere proyectos y programas dirigidos específicamente a las mujeres para poner fin a las desigualdades existentes. El género implica, en cada sujeto:

- sus actividades y creaciones, el hacer del sujeto en el mundo.
- su intelectualidad y su afectividad (sus lenguajes, sus concepciones, sus valores, su imaginario, sus fantasías, sus deseos, su subjetividad).
- su identidad como sujeto, su autoidentidad en tanto ser de género.
- percepción de sí mismo.
- percepción de su corporalidad .
- percepción de sus acciones.
- sentido del yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, del estado de su existencia en el mundo.

- sus bienes (materiales y simbólicos, sus recursos vitales, su espacio y su lugar en el mundo) su poder real.

- su capacidad para vivir .
- su relación con otros.
- su posición jerárquica:

- su prestigio y su estatus.
- su condición política.
- el estado de sus relaciones de poder.
- sus oportunidades.
- El sentido de la vida y los límites del sujeto.

El Género y sus consecuencias en la salud.

Las diferencias de género traen consigo importantes consecuencias para la salud de la mujer. Es al momento del nacimiento, o incluso antes, que la preferencia por hijos varones puede poner a las niñas en riesgo de ser víctimas de infanticidio – o en riesgo de ser víctimas de un aborto selectivo, gracias a la nueva tecnología de ultrasonido. En algunas sociedades, las niñas reciben menos alimento que los hombres, y de menor calidad, disparidad que perdura a lo largo de toda su vida. Cuando llegan a la adolescencia, las niñas de ciertas comunidades deben someterse a la mutilación genital femenina y sufrir consecuencias nefastas para la salud. En el transcurso de la infancia y la adolescencia las niñas están más expuestas que los niños a ser abusadas sexualmente ya sea por un miembro de la familia, amigos, profesores, u otra figura masculina con autoridad. El abuso grave puede provocar en las niñas problemas psicológicos duraderos y predisponerlas a una conducta sexual de riesgo más adelante. Las niñas adolescentes también son presionadas para tener relaciones sexuales a una edad temprana dentro de un matrimonio convenido, con hombres mayores que les ofrecen regalos, o con adolescentes que tratan de cumplir con los roles de masculinidad. Después del matrimonio, la baja condición social de la mujer sigue limitando su capacidad para controlar su vida, incluida la fertilidad y el acceso a la atención de salud. En aquellas comunidades en que tener una familia numerosa constituye la única manera de que una mujer mejore su condición social y que, por el contrario, no tener hijos es motivo de divorcio o abandono, las mujeres se sienten presionadas a tener muchos hijos con un pequeño margen de espaciamiento entre ellos a pesar del costo que esto implica para su salud. Los roles de género le otorgan al hombre autoridad para tomar decisiones relativas al sexo y a la salud reproductiva. El doble estándar respecto de la

sexualidad niega a la mujer la capacidad de decidir no tener relaciones sexuales o negociar con su pareja el uso del condón, y al mismo tiempo alienta a los hombres a tener múltiples parejas sexuales. Como resultado, las mujeres no pueden protegerse a sí mismas del embarazo no deseado, de las ITS, ni de sus consecuencias nefastas para la salud .

Los sistemas de salud también sufren de sesgos a causa del género: los proveedores de salud a veces tratan a las mujeres de manera irrespetuosa, los profesionales de la salud visualizan el cuerpo de la mujer y el proceso reproductivo como posibles problemas médicos; los investigadores excluyen a las mujeres de los estudios clínicos y se centran en las solicitudes de los hombres; asimismo, las mujeres son excluidas de la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud.

Sexualidad (18)(19).

La sexualidad subyace a cada aspecto de la salud reproductiva y de la planificación familiar. Las organizaciones encargadas de la atención de salud necesitan ayudar a los clientes a comprender la relación que existe entre sexualidad, roles de género, y salud, de tal manera que ellos mismos puedan tomar las acciones adecuadas. A pesar de la idea de que estos temas son demasiado íntimos como para ser discutidos, las mujeres de muchos países en desarrollo han mostrado interés y deseos de hablar acerca de sus experiencias y problemas sexuales siempre y cuando se encuentren en un contexto que les brinde seguridad y comprensión. Las mujeres necesitan manejar información básica acerca de la sexualidad humana y su propio cuerpo; necesitan ayuda para enfrentar problemas como el dolor durante el coito, la falta de libido, y la eyaculación precoz; y necesitan apoyo y consejo en lo referente a cómo discutir temas sexuales con sus parejas. El deseo sexual influye en la conducta y en las decisiones de los clientes. Por ejemplo, las inquietudes respecto de que los anticonceptivos orales reducen la libido o que los condones interfieren con el placer sexual pueden desalentar a las parejas a escoger dichos métodos. De igual manera, los clientes pueden encontrar difíciles seguir aquellas recomendaciones para prevenir las ITS y el VIH/SIDA que implican cambiar sus prácticas sexuales. Las normas

sociales, incluidos los roles de género, definen en gran medida las conductas sexuales y por lo general dejan a la mujer en un rol pasivo.

Servicios de Salud con perspectiva de Género.

Los programas de salud reproductiva no pueden aislar sus servicios de un contexto social y cultural mayor, ya que los roles de género influyen sobre la conducta sexual y la salud de la mujer. Los servicios que integran la perspectiva de género reconocen que:

- Las prácticas sociales, como el abuso doméstico, perjudican la salud de las clientas.
- Muchas mujeres tienen poco control sobre su vida sexual y las opciones anticonceptivas.
- Las mujeres tienen el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria y segura.
- Las necesidades de salud de las mujeres van más allá de los asuntos relacionados exclusivamente con la fertilidad.

Con el fin de abordar estos temas, los programas de planificación familiar y salud reproductiva con perspectiva de género han tomado mayor conciencia de cuáles son los servicios necesarios para garantizar el acceso a:

- información acerca de la sexualidad (incluido el impacto de los métodos anticonceptivos sobre la satisfacción sexual) y consejería acerca de problemas sexuales personales.
- consejería sobre cómo las mujeres pueden negociar los asuntos relacionados con su sexualidad con sus parejas para así obtener un mayor control de su vida sexual.
- educación sexual y servicios de salud especialmente diseñados para los adolescentes.
- pruebas para detectar enfermedades mentales comunes, como por ejemplo la depresión y la ansiedad, seguidas del tratamiento adecuado o de derivación en caso necesario.

- servicios para las víctimas de violencia, incluido el tratamiento médico, asesoría legal, refugio y ayuda psicológica.
- programas de base comunitaria que aborden los problemas de género, incluido el doble estándar sexual, las creencias tradicionales acerca del sexo y la reproducción, y el derecho de la mujer a tener el control sobre su propio cuerpo.
- Actividades que promueven la participación de los hombres en temas y programas de salud reproductiva como clientes, parejas y supervisores.

Para los servicios con perspectiva de género es igualmente importante cambiar la actitud de los proveedores. Por lo general los proveedores de servicios trabajan suponiendo incorrectamente que sus clientas tienen libertad de acción, cuando en realidad ejercen poco o ningún control sobre sus encuentros sexuales o sobre sus decisiones respecto de la anticoncepción. Además, los proveedores comparten los mismos valores e ideas sobre los temas de género de la sociedad de la que forman parte, es así que algunas veces pueden aceptar que la mujer sea golpeada por su pareja, exigir el consentimiento del marido para iniciar el uso de un método de planificación familiar, o sentirse extremadamente incómodos/as al hablar de sexualidad. En algunos casos, los proveedores comparten las mismas experiencias de sus clientes. Por ejemplo, para aquellos proveedores que han vivido la violencia doméstica (como víctima o agresor) puede resultar difícil tratar profesionalmente a clientes que sufran este tipo de problema.

La capacitación puede hacer que los proveedores se muestren más conscientes frente a las diferencias de género y a las inquietudes de índole sexual. Junto con los nuevos protocolos clínicos y el material de ayuda para el trabajo, la capacitación también permite entregar a los proveedores los conocimientos y las habilidades que necesitan para ofrecer servicios más amplios y abordar la sexualidad de los clientes sin prejuicios. Los proveedores que están más conscientes de los problemas de género y de los temas relativos a la sexualidad:

- tratan a sus clientas con respeto siempre;

- obtienen información sobre las parejas de sus clientes, sus prácticas y problemas sexuales con el fin de determinar su estado de salud y sus necesidades de planificación familiar;
- ayudan a los clientes a evaluar cuáles son sus factores de riesgo de ITS;

determinan en qué medida los clientes tienen control sobre su vida sexual y, cuando es necesario, sugieren un método anticonceptivo que pueda ser usado sin que la pareja lo sepa, se ofrecen para hablar con la pareja de la clienta, o enseñar a la clienta a cómo negociar con su pareja en el aspecto sexual; y durante el examen de rutina, buscan signos de infecciones de transmisión sexual, evidencias de abuso físico o sexual, y otros daños.

Los administradores de programas deben aprender a identificar y resolver los sesgos a causa del género que frecuentemente se evidencian en la entrega de servicios de salud reproductiva y de planificación familiar. Entre los sesgos más comunes se encuentran el hecho de asumir que todas las clientas son mujeres, la incomodidad por parte del personal al atender a clientes del sexo opuesto, y las desigualdades de género en las relaciones profesionales entre los miembros del personal. Los administradores y los planificadores de programas están usando cada vez más herramientas para el análisis del género con el objetivo de evaluar las desigualdades de género, determinar cómo éstas afectan el estado de salud de la mujer y la atención de salud, para así modificar los servicios de salud de acuerdo a lo observado (20).

Maternidad sin Riesgo (21).

Significa asegurar que toda mujer reciba el cuidado que necesita para mantenerse segura y saludable durante el embarazo y el parto. La maternidad debería ser una etapa llena de expectativas y alegría tanto para la madre embarazada como para su familia y su comunidad. No obstante, para las mujeres de los países en desarrollo, la maternidad a menudo conlleva una realidad desalentadora. Para estas mujeres, la maternidad suele verse afectada por complicaciones imprevistas relacionadas con el embarazo y el parto. Algunas mueren en la plenitud de sus vidas y en condiciones muy penosas: de hemorragias,

convulsiones, trabajo de parto obstruido, o debido a infecciones graves en el postparto o después de un aborto realizado en condiciones de riesgo.

Los gobiernos, con la participación creciente del sistema de la ONU, la sociedad civil, incluyendo las ONGs, donantes y la comunidad internacional deberían reconocer los vínculos existentes entre los altos niveles de la mortalidad materna y la pobreza, y promover la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas como una prioridad de salud pública y una preocupación de los derechos reproductivos; y así asegurar que las mujeres tengan fácil acceso a la atención obstétrica básica, a servicios de atención de salud maternas bien equipados y dotados con el personal adecuado, a una atención calificada durante el parto, a la atención obstétrica de urgencia, y al traslado efectivo a otros niveles de atención más especializados cuándo sea necesario.

En 1987, el Banco Mundial, junto con la OMS y el FNUAP, patrocinaron una conferencia sobre maternidad sin riesgo en Nairobi, Kenya, cuyo propósito fue contribuir a generar conciencia mundial acerca del impacto de la mortalidad y morbilidad maternas. En la conferencia se presentó la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo (SMI), la que hizo un llamado a la acción a nivel internacional para que en el año 2000 las cifras de mortalidad y morbilidad maternas disminuyeran a la mitad. En esa oportunidad, también se formó el Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo, el que desde entonces está constituido por UNICEF, PNUD y el Population Council.

Posteriormente, los objetivos de la Iniciativa fueron adoptados por la mayoría de los países en desarrollo. Bajo esta iniciativa, los países han desarrollado programas para disminuir la mortalidad y morbilidad maternas. Las estrategias adoptadas para procurar una maternidad sin riesgo varían según cada país. Entre éstas se incluyen:

- Proveer servicios de planificación familiar,
- Proveer atención postaborto,
- Fomentar la atención prenatal.
- Garantizar una atención calificada durante el parto.
- Mejorar la atención obstétrica esencial.
- Abordar las necesidades de salud reproductiva de los/las adolescentes.

La maternidad de riesgo es el resultado de una variedad de factores, incluyendo la desnutrición y la falta de salud de la mujer antes del embarazo; una atención sanitaria inadecuada, inaccesible e inasequible; y poca higiene y cuidado durante el parto. Las condiciones socioeconómicas y culturales también contribuyen a ello, como por ejemplo: la pobreza, la desigualdad de acceso de las mujeres a los recursos, incluyendo atención en salud, a alimentos y a servicios preventivos; la sobrecarga de trabajo físico, que por lo general continúa durante el embarazo; y la carencia de poder decisorio dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Métodos Anticonceptivos.

Los resultados de las investigaciones y la experiencia obtenida a nivel mundial proporcionan evidencia concreta de que la planificación familiar es beneficiosa para la salud de mujeres y niños y niñas. La planificación familiar disipa los temores que trae consigo un embarazo no deseado y, asimismo, puede mejorar la vida sexual, las relaciones de pareja y el bienestar de toda la familia.

Los proveedores de planificación familiar desempeñan un papel importante al ayudar a los clientes a seleccionar el método más adecuado para ellos de la gran gama de métodos anticonceptivos con los que cuenta su programa. Se debe dar a conocer al cliente todas las posibilidades que existen, así hay muchas más posibilidades de que éste encuentre un método que satisfaga sus necesidades. Además, cuando los clientes reciben información completa y consejería acerca del método que han escogido, serán capaces de usarlo de manera efectiva y confiarán en la seguridad que les brinda. Al proporcionar a los clientes las opciones adecuadas, los proveedores garantizan el derecho de cada pareja de escoger libremente el número de hijos que tendrá y el espaciamiento entre cada parto.

La mayoría de las mujeres sanas tienen derecho a seleccionar y usar el método anticonceptivo que mejor satisfaga sus necesidades. En la medida en que la mujer va pasando de una etapa a otra en su vida reproductiva, sus necesidades en cuanto a anticoncepción y su estado de salud pueden ir cambiando. No todos los métodos son igualmente aceptables en las diferentes etapas de la vida de una mujer. La mujer

adolescente, la mujer en el período postparto y postaborto, la mujer que amamanta y aquellas mayores de 35 años, son grupos que tienen necesidades especiales en cuanto a anticoncepción y consejería.

Antecedentes y Fundamentos de la Planificación Familiar en Honduras (22).

En la actualidad se reconoce a la planificación familiar como una de las estrategias más importantes para mejorar las condiciones de vida de la población y para reducción de la mortalidad materno infantil, especialmente en los países en desarrollo. Estos países tienen tasas de mortalidad altas, concentradas especialmente en las poblaciones rurales más pobres con limitación a los servicios de salud y con escaso nivel educativo.

Al mejorar las condiciones de vida de la población, la planificación familiar contribuye a acelerar los cambios históricos (transiciones demográficas) y los consiguientes cambios en las características de la salud y la enfermedad (transiciones epidemiológicas). Estos cambios influyen directamente sobre la mortalidad, la fecundidad, la tasa de nacimientos y otros indicadores de salud reproductiva.

Honduras se encuentra en la actualidad a medio camino del proceso de transición, prevaleciendo una tasa de crecimiento poblacional relativamente alta (cuarto lugar en América Latina entre los países de rápido crecimiento demográfico). Este crecimiento se debe básicamente a que la tasa de fecundidad aunque ha disminuido ligeramente, se encuentra muy alta en relación a la tasa de mortalidad.

Ante ésta situación, la planificación familiar en Honduras se convierte en una estrategia necesaria ya que contribuye a reducir las muertes maternas e infantiles de diferentes maneras:

- Por que se producirán menos nacimientos, en vista de que cada embarazo está asociado a un riesgo, por lo que la planificación ayudará a disminuir las muertes maternas.
- Por que ayuda a minimizar los casos de embarazos en edades extremas y en mujeres con muchos hijos.
- Por que ayuda a reducir el número de embarazos no deseados, los cuales son siempre una amenaza para la salud de la mujer ya que puede recurrir al aborto en

condiciones no seguras o cuidar menos su salud, contrario a si deseara ese embarazo.

- Por el solo hecho de tener acceso a la información del programa de planificación familiar, se puede reducir hasta en un 33% la mortalidad materna e infantil, de acuerdo a algunos cálculos.

En general, se considera que cada embarazo de una o de otra manera conlleva un riesgo, debido a que la mujer se expone a situaciones especiales que solo son posibles por el embarazo. Por ejemplo, la hemorragia por aborto, o las complicaciones hemorrágicas o tumorales que no se dan en mujeres no embarazadas. Además, hay ciertas situaciones en la mujer que condicionan los llamados factores de riesgo reproductivo, o dicho de otra forma, las mujeres que tienen estos factores, tienen un riesgo aún mayor de sufrir complicaciones, ella o sus niños durante el embarazo, parto o puerperio. Entre los más importantes factores de riesgo se destacan las edades extremas de las madres, el corto espaciamiento entre los embarazos y el número de hijos.

Ejemplos concretos de lo anterior son los siguientes datos estadísticos en Honduras:

- Cuando la madre es mayor de 35 años, la tasa de mortalidad infantil es de 67 x 1000 nacidos vivos.
- Cuando el espaciamiento entre los embarazos es menor de dos años, representa un factor de alto riesgo ya que aumenta significativamente la probabilidad de que el parto resulte en niños de bajo peso al nacer y reduce la posibilidad de una lactancia exitosa con el niño anterior.
- A partir del cuarto hijo, la tasa de mortalidad infantil es de 106 x 1000 nacidos vivos y de 140 x 1000 nacidos vivos después del sexto hijo.

De acuerdo a lo anterior, resulta evidente que es necesario realizar esfuerzos importantes en fortalecer los servicios de salud reproductiva que posibiliten, por un lado continuar y/o acelerar el descenso de las tasas de mortalidad materna e infantil, y por otro lado, influir positivamente en un aceleramiento en la reducción de la tasa global de fecundidad. Con ello se podrá lograr el equilibrio entre las tasas de natalidad y mortalidad bajas y evolucionar a la siguiente etapa de la transición demográfica y epidemiológica.

Bases Legales y Técnicas de la Planificación Familiar en Honduras (23).

Honduras es signatario de compromisos internacionales en los que se ha definido el derecho de las personas al acceso universal de los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual. Estos compromisos han sido ratificados al interior del país a través de acuerdos legislativos, mediante la definición de políticas gubernamentales y de normas técnicas al interior de la Secretaría de Salud.

Compromisos y Acuerdos Internacionales.

Honduras es uno de los 179 países que por aclamación firmó el programa de acción que surgió de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo de El Cairo en septiembre de 1994, bajo el auspicio de las Naciones Unidas y que contó con 11,000 participantes registrados, entre delegados de los gobiernos, representantes de organizaciones internacionales, miembros de organizaciones no gubernamentales y personal de los medios de comunicación.

Evolución Normativa de la Planificación Familiar en Honduras (24).

Las actividades de planificación familiar se normalizaron a través de la creación del Programa Nacional de Planificación de Familia, con la resolución Ministerial No.202-83 del 17 de noviembre de 1983. a partir de ese momento, las actividades de Planificación Familiar han sido fortalecidas con procesos de capacitación a nivel nacional, mediante los cuales se ha logrado su consideración en las acciones de programación y evaluación en los servicios de salud.

El 17 de enero de 1995, mediante resolución Ministerial No. 0042, se tomó la decisión de crear el Programa de Atención Integral a la Mujer a través del cual se integraron todas las acciones para la salud reproductiva, por medio de la implementación del enfoque de riesgo reproductivo obstétrico, planificación familiar y el enfoque de género.

Desde entonces se han introducido al país varias estrategias para aumentar el acceso de las parejas a los servicios de planificación familiar, con resultados bastante positivos.. Algunas de estas estrategias son parte de las normas de la Secretaría de Salud y otras se introducirán a través de la nueva estrategia metodológica de Planificación Familiar.

A continuación se enuncian algunas de las más importantes:

- Inserción del DIU por auxiliar de enfermería.
- Anticoncepción post evento obstétrico.
- Introducción de la depo provera y el método del collar como una nueva opción anticonceptiva.
- Consejería en Planificación familiar.
- Diseño, prueba e implementación de una nueva estrategia operativa que demostró ser muy útil en aumentar el acceso de las parejas demandantes a los anticonceptivos a través de la identificación y solución de las barreras especialmente institucionales (por decisión política, esta estrategia se inicia su implementación en este año 2004).

En función de los derechos reproductivos de las parejas, especialmente de la mujer, al disfrute pleno de la sexualidad y sin riesgos de embarazos no deseados o de adquirir infecciones transmitidas sexualmente, de ahí que en mayo de 1999 se publicó en la Gaceta el acuerdo Ministerial No. 0966 en el que se aprobaron las Normas para la Práctica de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria y Preventiva en los establecimientos públicos y privados, estableciéndose en ellas que las personas son libres de elegir la anticoncepción quirúrgica voluntaria cuando así lo deseen y con pleno conocimiento sobre la naturaleza, irreversibilidad y la tasa de fracasos de la misma.

Las modificaciones positivas en las normas y el éxito en la operación de las nuevas estrategias en los últimos años, favorecen la posibilidad de que en el futuro la Planificación Familiar se fortalezca como una de las estrategias más importantes con la disminución de la mortalidad materna e infantil.

Programa de Atención Integral (25) a la Mujer en el Hospital Gabriela Alvarado, Danli, el Paraíso.

Este programa consta de varios componentes a saber:

- Todas las acciones relativas a la atención integral a la mujer en su etapa pre-concepcional.
- Todas las acciones relativas a la atención de la mujer embarazada.
- Todas las acciones relativas a la atención del parto y la atención inmediata del recién nacido.
- Todas las acciones relativas a la atención puerperal.
- Todas las acciones relativas al componente materno de la lactancia materna.
- Todas las acciones relativas a la planificación familiar.

En éste sentido los logros alcanzados por este programa pueden enmarcarse de la siguiente manera:

Atención a La Mujer

Partos Institucionales

Registramos un total de 3,166 partos durante el 2002, ellos representa un 6% de incremento en la atención de partos en relación al 2001 y, un 2% menos que el 2000.

De ellos 39.1% proceden o son partos de población de responsabilidad directa del Hospital, y un 60.3% proceden del resto del área y país.

Hay incremento en el número de cesáreas de 10.9 a 12.

Se registran durante el 2002 2,756 partos normales ellos representa un 87% del total, este porcentaje fue de un 89% durante el 2001 y 88% en el 2000.

Ello nos esta manifestando que hay un incremento de partos distócicos de un 50% en el presente 2002 en relación al 2001 con tendencia creciente.

La distocia más frecuentemente observada es de D.P.C. (Desproporción Cefalo Pélvica).

Hay un incremento de Recién Nacidos normales del 6% en relación al año 2001.

No tenemos registro de Recién Nacidos patológicos en los tres años comparados.

Apreciamos un incremento de partos gemelares hasta en un 13% en el presente año 2002 en relación al 2001.

Control Puerperal

Se brindaron 1,654 atenciones puerperales, ellos representa un incremento del 16% en relación al 2001, y un decremento del 2% en relación al 2000. Esperaríamos una tendencia creciente dado la estabilidad sostenida de la clínica de la Atención a la Mujer en los últimos años.

Planificación Familiar

Actualmente se cuentan con varios métodos siendo el de mayor demanda la Depo-Provera que reporta 1,670 atenciones que representan un incremento en su uso de 35% en relación al año 2001.

El segundo método que mayormente se demanda es el Oral con 151 atenciones con un incremento del 33%.

Y en tercer lugar el DIU con 144 usuarias demandantes durante el 2002, con un 20% de incremento en relación al 2001.

El Condón es el cuarto método con 69 usuarias y un incremento del 48% en su uso en relación al 2001.

En esta línea observamos apenas un 34% en el cumplimiento de metas de las mujeres programadas a planificar.

Investigación de Cancer Cérvico Uterino

Se tomaron 3,062 citologías un 21% más que durante el 2001, y un 9% menos que en el 2000, la tendencia de la investigación es creciente.

De ello 9 resultaron positivos por Cáncer Cérvico Uterino para una positividad de 0.29×100 durante el 2002 y en el 2001, 2 fueron positivas para un índice de positividad del 0.082×100 .

Durante el año 2002 el Hospital realizó 75 evaluaciones colposcópicas de ellas 68 (91%) fueron sometidas a histerectomía + salpingooforectomía bilateral SOB. Por las citologías que informan algún grado de displasia o Cáncer.

No así en el 2001 se realizaron 57 colposcopias y de ellas 14 (24%) se sometieron a histerectomía + SOB. Incluyendo los Cánceres. que fueron captados en ambos años.

Control Prenatal

Se brindaron 1,730 atenciones o embarazadas nuevas ello representa un 19% de incremento en relación al año 2001.

No apreciamos modificaciones en los controles en relación al año 2001. Para el 2002 el total de controles fue de 3,308, ello representa que la concentración de atenciones por embarazadas es de 2, lo cual representa o nos da respuesta a la calidad en el control prenatal, que resulta ser obviamente paupérrimo.

Percepción de Salud de la Comunidad.

Las intervenciones de salud en la comunidad, parten casi siempre de las estadísticas demográficas, del análisis del perfil epidemiológico y de los datos obtenidos en los servicios de salud. Estos procedimientos son muy valiosos y pueden dar una información precisa, objetiva, pero existen otros métodos como la percepción para conocer el nivel de salud individual o colectiva, incorporando en ellos la observación de la situación, la información que ofrece la experiencia de la comunidad, sobre actitudes y valores y la definición de necesidades percibidas por ella. Se aprende mucho del contacto con diferentes grupos, líderes de comunidad, maestros, trabajadores de salud tradicionales, brigadistas, grupos de mujeres. Estos grupos pueden señalar las necesidades de la comunidad y frecuentemente descubrir la causa fundamental de un problema que no siempre es aparente para el trabajador de salud.

En los estudios de percepción el investigador hace uso del proceso de Objetivación de la subjetividad, este proceso comprende dos momentos:

- El primero previo al acercamiento a la comunidad.
- Y el de interacción y diálogo con la comunidad.

Y finalmente efectuar la investigación con el contacto continuo del grupo, análisis de los datos, síntesis de los resultados, evaluación de los conocimientos y de las experiencias adquiridas.

La Naturaleza de la Percepción.

- La percepción es el proceso de extracción de información de un organismo del medio que lo rodea.
- Únicamente los estímulos que tienen trascendencia informativa, que dan origen a algún tipo de acción reactiva o adaptativa del individuo, se les debe denominar información.
- Los programas perceptuales se encuentran encajados en la estructura, conectados internamente o preconnectados desde el nacimiento.
- La información se codifica y en los seres humanos los modifica la experiencia.
- La percepción es un conjunto total del conocimiento humano que incluye los subconjuntos de aprendizaje y del pensamiento.
- Los resultados del aprendizaje facilitan la obtención de una nueva información, puestos que los datos almacenados se convierten en modelos por comparación con los cuales se juzgan los indicios.
- El problema se torna mas difícil a medida que la "información potencial" va siendo menos accesible o mas abstracta. obtenemos información abstracta u "oculta" aprendiendo a usar conceptos.
- El comportamiento frente a la salud se juzga como el emergente de diversas creencias interactivas, que actúan como determinantes de la probabilidad de actuación individual.
- Estas consisten con la percepción de la amenaza futura, y del atractivo y el valor del beneficio: que se relaciona con el comportamiento integrativo y segregativo en el sentido de y solo si:
 - La persona se considera a si misma vulnerable o susceptible.
 - La persona se considera que la acción tendrá serias consecuencias para el o ella.
 - La persona se considera que una acción determinada lo (a) beneficiara.
- Conviene considerar entonces que la percepción es cambiante.

Objetivación de la Subjetividad.

En el proceso de objetivación de la subjetividad, Mauricio Mori propone dos momentos:

- Previo al acercamiento a la comunidad.
- Interacción y diálogo con la comunidad.

La Interacción y Diálogo con la Comunidad implica el trabajo común con los grupos y con la población, para identificar creencias, prácticas y conocimientos en el contexto de las características de los grupos. A esta identificación de necesidades de la población, en conocimientos y en servicios, puede accederse a través de investigaciones sociales sobre la relación de los servicios con los usuarios, mediante el desarrollo de la "capacidad de escucha" sobre las posibilidades y capacidad de organización de la población; teniendo en consecuencia el perfil de la comunidad.

Para esto es necesario establecer reuniones con los grupos (barrio, distrito, padres, mujeres...) y analizar:

- El problema que ellos consideran importante.
- Los datos que se tienen.
- Los datos que faltan
- Las cosas que aún se deben de saber
- Seleccionar en conjunto el método para recogerlas
- Implicar a los grupos en la recogida de las informaciones e impresiones de los problemas escogidos
- Ampliar el compromiso de participación activo de la comunidad

Los métodos para obtener información con los grupos de la comunidad, son :

- Escuchar a, y observar en la comunidad
- Comentar con los líderes de la comunidad
- Hablar con los trabajadores del desarrollo (maestros, líderes religiosos, trabajadores agrícolas)
- Platicar con curanderos, parteras u otros.
- Datos o informes de investigaciones en la comunidad

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

El presente estudio de percepción corresponde a una investigación con método cualitativo que indagó acerca de la percepción de las usuarias del Programa de Atención Integral a la mujer en Danli, el Paraíso, área urbana, I semestre 2004.

El universo son las mujeres del área urbana en edad fértil usuarias del programa de atención integral a la mujer de Danli, El Paraíso.

Se tomó un grupo de 51 usuarias, provenientes del área urbana, mayores de 17 años y menores de 36 años que acudieron regularmente a las consultas de atención integral a la mujer y salud sexual y reproductiva.

El grupo fué seleccionado en base a los criterios de conveniencia antes mencionados. Las usuarias seleccionadas corresponden al Hospital Gabriela Alvarado.

Esta unidad de salud es la que cuenta con el programa de atención a la mujer.

La unidad de análisis son las usuarias en edad fértil que asistieron a la consulta de atención integral a la mujer y salud sexual y reproductiva.

LOS DESCRIPTORES son los siguientes:

Para dar salida al Objetivo específico número 1 se definieron los siguientes descriptores acerca de la percepción:

- Sobre métodos anticonceptivos para la mujer
- Acerca de métodos anticonceptivos para el hombre
- Con respecto a la efectividad de los métodos anticonceptivos
- Con relación al control prenatal
- Acerca de los cuidados que se deben de tener en el embarazo
- Sobre el número de controles que deben ser efectuados durante el Embarazo.
- Percepción de riesgo reproductivo
- Percepción acerca de la edad adecuada de tener el primer embarazo
- Percepción del número de hijos que debe tener una mujer
- Percepción del periodo intergenésico adecuado.

- Percepción de los signos de peligro del embarazo, parto y puerperio.

Para dar salida al Objetivo específico número 2 se definieron los siguientes descriptores

- Percepción de la satisfacción acerca de los trámites previos a la consulta médica.
- Percepción del tiempo de espera.
- Percepción del tiempo adecuado de duración de la consulta.
- Percepción del respeto a la intimidad.
- Percepción de la Atención recibida.
- Percepción de la satisfacción de la atención.

Para dar salida al Objetivo específico número 3 se definieron los siguientes descriptores:

- Percepción de la edad de inicio de la vida sexual activa.
- Percepción de la importancia de la virginidad.
- Percepción acerca de la esterilización femenina y las relaciones sexuales satisfactorias.
- Percepción acerca de los servicios de atención a la mujer abusada y/o violentada.
- Percepción acerca del número de hijos y su relación con su conyugue.
- Percepción con respecto a la atención brindada a hombres con respecto a la brindada a las mujeres.
- Percepción en relación a los factores que dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud.

Los criterios de Inclusión y exclusión son:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
-Usuaris de los servicios de atención integral a la mujer.	-Que no sean usuarias de los servicios de Los servicios de atención integral a la mujer.
-Usuaris provenientes del área urbana.	-Proviene del área rural.
-Edad de 18 a 35 años.	-Edad menor de 18 y mayor de 35 años.
-Voluntariedad y disponibilidad para la entrevista.	-No voluntariedad ni disponibilidad para La entrevista.

Fuentes y obtención de los datos.

Las fuentes de información son las mujeres usuarias de los servicios urbanos de atención integral a la mujer y de salud sexual y reproductiva.

Obtención de la información.

Se realizó a través de entrevistas abiertas para lo que se elaboró un instrumento que sirvió de guía de entrevista de percepción, la que fue aplicada por los investigadores del presente estudio.

El procesamiento de la información obtenida se realizó a través de las técnicas de análisis matricial, se utilizaron matrices para el vaciado de los datos.

El análisis de la información se hizo a partir de las asociaciones que facilitó establecer las matrices utilizadas, a partir de las cuales se trató de explicar la percepción que tienen las usuarias acerca de la atención y de la salud sexual y reproductiva.

Interesaba relacionar los siguientes componentes:

Sexualidad y género.

Prevención del embarazo y métodos anticonceptivos.

Embarazo y riesgo reproductivo.

Embarazo y atención en los servicios de salud.

Las fases de ejecución son las siguientes:

-A El Hospital Gabriela Alvarado se le solicitó verbalmente antes de que se brindara la consulta médica el consentimiento para que se realizara la entrevista y fuera aplicada de inmediato por uno de los tres investigadores principales.

En el caso de que alguna de las usuarias seleccionadas se negara a ser entrevistada se seleccionó a otra usuaria. -La entrevista se realizó en la sala de espera de la unidad de salud.

TABLA DE COMPONENTES Y DESCRIPTORES

COMPONENTES	DESCRIPTORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
1.analizar la percepción acerca de la prevención del embarazo, embarazo y riesgo reproductivo.	1.1 prevención del embarazo 1.2 embarazo 1.3 riesgo reproductivo			Ideas acerca de la prevención del embarazo. Opiniones acerca del embarazo Opiniones acerca del riesgo reproductivo.
2.describir la percepción de las usuarias acerca de la atención recibida en las unidades de salud del programa de atención integral a la mujer	2.1 atención que brinda el programa 2.2 atención recibida en los servicios de salud 2.3 satisfacción			Opiniones acerca de la atención brindada Por el programa. Ideas acerca de la atención recibida en los Servicios de salud. Percepción acerca del grado de satisfacción.
3. identificar la percepción de las usuarias sobre sexualidad y género en el área urbana de Danlí, el paraíso.	3.1 sexualidad 3.3 genero			inicio de vida sexual activa percepción de la sexualidad. opinión acerca del género.

TABLA DE COMPONENTES, DESCRIPTORES E INDICADORES.

1. Analizar la percepción acerca de la prevención del embarazo, embarazo y riesgo reproductivo.	1.1 Prevención del Embarazo 1.2 Embarazo 1.3 Riesgo reproductivo	usuarias del programa de Atención integral a la mujer.	entrevista abierta	guía de entrevista abierta
2. Describir la percepción de las usuarias acerca de la atención recibida en las unidades de salud del Programa de atención integral a la mujer.	2.1 Atención que brinda el programa. 2.2 Atención recibida en los servicios de salud. 2.3 Satisfacción.	usuarias del programa de Atención integral a la mujer	entrevista abierta	guía de entrevista abierta.
3. Identificar la percepción de las usuarias sobre sexualidad y género en el área urbana de Danlí, El Paraíso.	3.1 Atención recibida 3.2 Sexualidad 3.3 género	Usuaris del programa de Atención integral a la mujer.	entrevista abierta	guía de entrevista abierta.

VIII. RESULTADOS.

La obtención de los resultados del estudio abarcó a la totalidad de mujeres seleccionadas, que acuden al Hospital Gabriel Alvarado. A continuación se detallan las respuestas obtenidas por descriptor y por cada una de las preguntas del estudio:

8.1. Prevención del embarazo, embarazo y riesgo reproductivo.

- Con relación a cuál era la percepción sobre qué son los métodos anticonceptivos, la mayoría respondió afirmativamente (46 de 51) que representa 90 %, no obstante otras (5) contestaron desconocer qué son los métodos anticonceptivos.

En cuanto a si las mujeres conocen para que sirven los métodos anticonceptivos, las usuarias respondieron de la manera siguiente, por orden de repetición:

- Para prevenir embarazos (30)
- Para espaciar los hijos (7)
- Producen cáncer (3)
- Producen varices (3)
- Engordan :2
- Descontrolan la menstruación :1
- No saben (2)
- Para prevenir ITS (4)

- Las respuestas obtenidas con respecto de que métodos conocían para evitar los embarazos, resulta interesante observar que casi todas las entrevistadas conocen más de un tipo de método y refirieron los siguientes que a continuación se presentan de acuerdo al orden de mayor a menor de las respuestas:

- Condón masculino (40)
- Píldora (39)
- Inyectable trimestral 34
- Dispositivo Intrauterino (31)
- Inyectable mensual (26)

- Esterilización femenina (21)
- Esterilización masculina (16)
- Condón femenino (5)
- Ritmo (5)
- Jaleas y cremas (4)
- Billing (2)

- Con relación a la percepción acerca de los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por el hombre, la gran mayoría (43) respondió que Si conocen, en cambio ocho (8) de las entrevistadas respondieron que desconocían dichos métodos. Puede observarse que las respuestas positivas coinciden con los resultados de la pregunta anterior, en cuanto a que los métodos más conocidos para ser usados por el hombre fueron mencionados el Condón (42) y la esterilización masculina (17).

- Con respecto a la percepción acerca del método anticonceptivo más seguro, la gran mayoría (35) respondió saberlo, en cambio solo un grupo minoritario (16) de las entrevistadas respondió desconocer dicho método. Dentro de las respuestas brindadas se mencionan por orden de frecuencia las siguientes:

- Esterilización femenina (20)
- Inyección (6)
- Esterilización masculina (3)
- Condón (2)
- DIU (2)
- Píldora (2)

- Acerca de la percepción sobre el control prenatal la mayoría de las entrevistadas (44) respondió tener conocimientos acerca del control prenatal, y apenas un grupo de siete (7) respondió no tener conocimientos acerca del control prenatal. Sin embargo del grupo de

las usuarias que expresaron tener conocimientos acerca del control prenatal, se obtuvo diferentes opiniones, las cuales se colocan según su orden de frecuencia:

- Para proteger la salud de la madre y del niño (9)
- Para darle fortaleza a la madre para el parto (9)
- Visitas periódicas al medico durante el embarazo (7)
- Para no tener problemas al nacer el niño (6)
- Es la revisión mensual del crecimiento del niño (5)
- Donde se toman vitaminas (4)
- Ver que el crecimiento del niño sea normal. (3)
- Para darse cuenta como va el embarazo (2)
- Una revisión para saber estado de salud. (1)
- Para seguir indicaciones con puntualidad (1)
- Venir a citas y hacerme exámenes (1)

- En cuanto a la importancia del control prenatal la mayoría de las entrevistadas (47) manifestaron considerar útil el control prenatal, y sólo cuatro usuarias expresaron no, considerarlo útil. Puede observarse que las respuestas positivas coinciden con el grupo mayoritario de la pregunta anterior, que refieren tener conocimiento acerca del control prenatal.

Acerca de las respuestas obtenidas sobre la importancia del control prenatal, por su orden de frecuencia fueron las siguientes:

- Para evitar complicaciones (12)
- Para la salud del niño y de la madre (8)
- Para saber como está el crecimiento del niño (6)
- Para darse cuenta como está el embarazo (4)
- Para que los niños que nacen estén sanos y uno también (3)
- Para detectar enfermedades y recibir tratamiento (2)
- Ayuda a tener un embarazo sano y seguro (2)
- Para saber si está mal colocado el niño (2)

- Porque es bueno (2)
- Porque me dan vitaminas (2)
- Prevenir enfermedad en el niño (1)
- Para estar fuerte al momento del parto (1)
- Para evitar el aborto (1)
- Dar seguridad de que el niño nacerá sano (1)

- Acerca del número de controles prenatales que las usuarias consideran debe realizarse una embarazada en su mayoría manifestaron (42) que este debe ser de cinco controles. En cambio sólo cuatro usuarias respondieron que deben ser menos de cinco y tres refirieron no saber. Este grupo mayoritario coincide con las respuestas obtenidas en su mayoría en las dos preguntas anteriores.

- En relación a la percepción que las usuarias tienen acerca de la edad más adecuada para el primer embarazo, la mayoría (25) respondió que es de 18 a 20 años. Otro grupo importante de usuarias (13) consideraron ser de 20 años en adelante, mientras que seis (6) de ellas consideraron que la mejor edad es cuando se tiene menos de 18 años y por último siete (7) de ellas expresaron desconocer la edad adecuada para el primer embarazo.

En cuanto a las razones por las que consideraron estas edades como más apropiadas para embarazarse, refirieron las siguientes opiniones según el grupo de edad y frecuencia:

Las que refirieron que debe ser en la edad menor de 18 años, es:

- Porque está (la mujer) ya madura (2)
- Por que es malo parir vieja (2)
- Porque a esa edad (la mujer) ya se está preparada (1)
- Por que se puede parir (la mujer) sin problemas (1)

Las usuarias que manifestaron que la edad adecuada es de los 18 a 20 años, es:

- Porque una (la mujer) tiene más conciencia de la decisión a tomar (6).
- El cuerpo está apto para tener hijos (6)
- Es la mejor edad para tener hijos (3)
- Por que a menor edad es de riesgo (2)
- Por que la mujer está más madura (1)
- No saben (7)

Las entrevistadas que refirieron la edad adecuada de los 20 años en adelante, es:

- Por que antes de esa edad hay complicaciones (8)
- Porque la mujer está madura (5)

- Con respecto a la opinión que las usuarias tenían acerca del número ideal de hijos, el grupo mayoritario (31) expresó que de 3 a 4 hijos. En tanto otro grupo (19) manifestó que de uno a dos hijos, y solamente una usuaria expresó que era más de 4 hijos.

Las respuestas expresadas anteriormente las fundamentaron en las explicaciones que a continuación se enuncian por orden de repetición de respuestas. Algunas usuarias expresaron más de una opinión.

De uno a dos hijos:

- Por la mala situación económica (12)
- Para brindar una mejor atención (12)
- Para evitar riesgos (1)
- Por los dolores del parto (1)
- No saben (2)

De tres a cuatro hijos :

- Se les da mejor atención (12)
- Por la situación económica (7)
- Porque son suficientes (3)
- Por el bienestar de la familia (2)
- Porque si se me muere uno quedan tres (1)
- Porque le sirven a uno (1)

- No saben (5)

- En relación a la opinión acerca del tiempo recomendado entre un embarazo y otro embarazo, la mayoría de las entrevistadas (38) respondieron afirmativamente, en cambio solo un grupo de trece (13) entrevistadas respondió que no sabían al respecto, por lo que se deduce que una de cada tres usuarias desconocen el período de tiempo recomendado entre una gestación y otra.

Entre las respuestas obtenidas de las usuarias que dijeron conocer el tiempo recomendado entre una gestación y otra, las respuestas por orden de repetición fueron las siguientes:

-Menor de 2 años (8)

-Mayor de 2 años (30)

- Acerca de la percepción de los signos de peligro en el Embarazo las entrevistadas respondieron en su mayoría (32) conocer uno o varios signos de peligro, solamente 19 respondieron negativamente.

Entre las que respondieron afirmativamente a conocer los signos de peligro en el embarazo las respuestas por orden de respuestas fueron:

-Hemorragia (Sangrado transvaginal) (15)

-Se sube la presión (Presión arterial elevada) (13)

-Se baja la presión (Hipotensión arterial) (11)

-Dolores antes de tiempo (Contracciones uterinas antes del término) (3)

-Dolor de cabeza (Cefalea) (1)

-Hinchazón (Edema) (1)

Se obtuvo además una serie de respuestas que no correspondían con signos de peligro en el embarazo, sino con factores de riesgo y enfermedades concurrentes, como por ejemplo anemia, SIDA, antecedentes de aborto, traumas, etc. Lo que demuestra algún conocimiento acerca de otros tópicos de riesgo reproductivo.

- Con respecto a la percepción acerca de los signos de peligro en el Parto las entrevistadas contestaron en su mayoría (30) conocer uno o varios signos. En cambio un grupo importante de 21 usuarias entrevistadas respondieron desconocerlos.

Entre el grupo que respondieron afirmativamente las respuestas más frecuentes en su orden fueron:

- Sangrado excesivo (26)
- Presión arterial alta (11)
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal (1)

Se obtuvo de las usuarias respuestas que no son signos de peligro durante el parto, sino factores de riesgo y otras enfermedades concurrentes, como por ejemplo anemia, retención de placenta, traumas, SIDA, etc. De nuevo como en la pregunta anterior mostraron algún conocimiento acerca de riesgo reproductivo.

-En cuanto a la interrogante acerca de los signos de peligro en el Puerperio la mayoría de las entrevistadas (29) respondieron desconocerlos, y el grupo restante de entrevistadas (22) contestaron afirmativamente.

Las respuestas obtenidas por orden de repetición fueron las siguientes:

- Fiebre (14)
- Sangrado excesivo (13)

Se obtuvo también respuestas por las entrevistadas que corresponden a factores de riesgo en lugar de signos de peligro como son las relaciones sexuales, anemia, etc, con respecto a las preguntas anteriores en relación a ésta interrogante se observa que las entrevistadas conocen más signos de peligro del embarazo y del parto que del puerperio.

8.2 Percepción Acerca de la Atención en su Unidad de Salud.

- Acerca de la percepción de satisfacción de las usuarias de los servicios de salud acerca de los trámites que tiene que realizar para obtener los servicios médicos, las respuestas obtenidas en su mayoría (20) respondieron estar poco satisfechos, sin embargo 15 contestaron estar bastante satisfechas, once respondieron mucho, sólo dos nada satisfechas y tan sólo 3 entrevistadas no sabían.

- Con respecto a la satisfacción con relación al tiempo que esperaron las entrevistadas para ser atendidas en su consulta médica, las respuestas obtenidas fueron de satisfacción en su mayoría (37) y sólo un grupo minoritario (14) respondieron no estar satisfechas.

Las entrevistadas que respondieron afirmativamente dieron una serie de razones para sentirse satisfechas entre las obtenidas por orden de repetición están:

- Me atendieron bien (13)
- Hay que esperar con paciencia (8)
- Me atendieron rápido (8)
- No sabe (2)
- Es gratis, hay que esperar (1)

Las entrevistadas que respondieron no estar satisfechas arguyeron las siguientes razones:

- Espera prolongada (9)
- No hay cupo (2)
- Mucha demanda (1)

- Con relación a la satisfacción acerca de la rapidez con que se le atiende en su unidad de salud, la mayoría de las entrevistadas (19) respondieron estar bastante satisfechas, seguidas por un grupo también importante (14) que contestaron mucha satisfacción y solamente 10 contestaron poco o nada, tres y tan sólo tres no sabían.

- Acerca de la satisfacción con respecto al tiempo que le dedica su médico en la consulta, la mayoría de las entrevistadas (23) respondieron estar muy satisfechas, seguidas de un grupo numeroso (13) que expresaron estar bastante satisfechas y solamente diez (10) contestaron estar poco satisfechas, y cuatro (4) respondieron no sabían. Es notorio que solamente una (1) entrevistada respondió estar nada satisfecha.

- En respuesta a la interrogante acerca de la satisfacción en cuanto al respeto de su intimidad durante la consulta médica, la mayoría (33) contestaron estar muy satisfechas, seguido por un grupo de once (11) que respondieron estar bastante satisfechas. Solamente tres (3) informaron estar poco satisfechas y tres (3) nada satisfechas. Sólo se obtuvo una (1) respuesta que no sabía.

- Con respecto a si la atención recibida era como la esperaban, en su gran mayoría (44) las entrevistadas respondieron afirmativamente. En cambio sólo un grupo minoritario de entrevistadas (7) respondieron negativamente.

Las entrevistadas que respondieron haber recibido una atención tal como la esperaban enumeraron una serie de razones que por su frecuencia son.

- Me atendieron bien (20)
- Me atendieron rápido (7)
- Me escuchan con atención (7)
- Me explican bien (2)
- No sabe (2)

Las entrevistadas que respondieron no haber recibido una atención como la esperaban, las razones que expresaron fueron las siguientes por orden de repetición:

- Me hicieron esperar mucho (2)
- Los médicos no me examinan (1)
- No me vieron por el malestar que traía (1)
- No llenaron mis expectativas (1)

- Con relación a la satisfacción de las entrevistadas con respecto a la atención que se le brinda en esta unidad de salud la mayoría (22) de las entrevistadas respondieron estar muy satisfechas, otro grupo (17) contestaron estar bastante satisfechas, once (11) respondieron estar poco satisfechas y solo una (1) nada satisfechas.

8.3 Sexualidad y Género.

- Con respecto a la interrogante sobre la edad más adecuada para iniciar la vida sexual la mayoría (41) de las entrevistadas respondieron como más adecuada las edades mayores de 18 años. Solamente siete (7) contestaron que era más adecuado una edad menor de 18 años y tan solo tres (3) no sabían una respuesta.

Entre las entrevistadas que afirmaron que la edad más adecuada era mayor o igual a 18 años, las razones expuestas fueron:

- Se está preparado psicológicamente (14)
- Se está maduro físicamente (6)
- Se es más responsable (6)
- Se tiene experiencia (3)
- A esa edad ya se tiene una profesión (2)
- Por que esa es la edad correcta (1)
- No sabe (4)
- No contestaron (3)

Entre las entrevistadas que opinaron que la edad más adecuada era menor de 18 años expusieron las siguientes razones:

- Edad suficiente (5)
- Por modernidad (2)

- En cuanto a la pregunta si las entrevistadas creían que es importante llegar virgen al matrimonio, la enorme mayoría (43) de ellas respondieron afirmativamente. En cambio sólo un grupo muy pequeño (7) contestaron que no es importante, correspondiendo a una relación de 1 de cada 6 entrevistadas.

Una entrevistada se limitó a decir que esa importancia dependía del hombre. A pesar que no se pidieron comentarios acerca de su respuesta, algunas usuarias refirieron algunas opiniones como:

- “El hombre se siente satisfecho de ser el primero”.
- “Es motivo de mayor estima”.
- “Se evitan futuros problemas”.
- “Al hombre es lo que más le importa”.
- “Se da una satisfacción a los padres”.
- “Así se evita la vergüenza”.
- “no es importante porque si a uno lo quieren eso no importa”.

- Acerca de si están de acuerdo con la afirmación que una mujer que llega virgen al matrimonio es más feliz, la mayor parte (28) respondieron estar de acuerdo. En contraste con un menor número (22) que contestaron no estar de acuerdo con tal afirmación, y tan solo una (1) entrevistada no sabía.

Aunque no se les pidió ninguna explicación muchas de las que dijeron estar de acuerdo expusieron varios comentarios como:

- “Que la mujer es más feliz por que el marido no tiene que reclamarle, por que está satisfecho de estar casado con una señorita”.

“Por que es merecedora del respeto del esposo y le puede dar un hogar mejor”.

“Por que solo el marido la ha experimentado y no hay otro que la desacredite”.

De las que respondieron no estar de acuerdo algunas afirmaron:

“Que la virginidad no es la base del matrimonio, sino el comprenderse y quererse”.

- Con respecto a la opinión que tienen acerca de que una mujer operada (esterilizada) para no tener hijos funciona bien en las relaciones sexuales, la mayoría (25) contestaron que no sabían, pero un grupo importante (20) respondieron que si y únicamente seis (6) respondieron que no.

- Acerca del conocimiento de la existencia de servicios de atención a la mujer abusada y/o violentada en su unidad de salud, la mayoría (42) de las entrevistadas respondieron desconocerlo. Un pequeño número (9) que si estaban conocedoras de su existencia.

- En cuanto a si las entrevistadas consideran necesario un servicio de atención a la mujer abusada y/o violentada, en su unidad de salud la mayoría (48) respondieron considerar necesario y tan solo 3 no lo consideran necesario.

Entre las entrevistadas que consideraron necesario un servicio de atención a la mujer abusada y/o violentada en su unidad de salud las razones que exponen son las siguientes por orden de frecuencia:

- Le ayudaría a las mujeres maltratadas (9).
- Porque éstas mujeres deben recibir atención (4)
- Por traumas psicológicos (8)
- Sirve de desahogo de los problemas (3)
- Para recibir consejería (8)
- Por embarazos no deseados (2)
- Por que son derechos de la mujer (1)

- Por que sirve de protección (1)
- Porque brindan ayuda a la mujer (1)
- Para poner denuncias a la ley (1)

- A la interrogante de si creen las entrevistadas que entre más hijos tenga ella de su marido más la va a querer él, la gran mayoría (39) contestaron negativamente. En cambio un número reducido (9) respondieron afirmativamente y sólo tres (3) no sabían.

- Con respecto a si las entrevistadas consideraban que existe diferencia en la atención de salud entre hombres y mujeres, la mayoría de ellas (29) respondieron que no existía ninguna diferencia, sin embargo 21 respondieron que si habían diferencias y solo una (1) entrevistada no sabía.

Entre las que respondieron que existían diferencia en la atención entre hombres y mujeres hubo una o varias razones para su respuesta, entre las que se encuentran:

- Es mejor para la mujer (12)
- A los hombres no les gusta asistir a consulta (4)
- Las mujeres asisten más a consulta (4)
- Nos enfermamos y tenemos riesgo durante el embarazo (1).
- Es mejor para el hombre (1)
- No saben (1)

- Con respecto al conocimiento acerca de los factores que creen dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud, las respuestas fueron:

- Ninguno: (15).
- La pobreza: (11)
- Largas distancias: (7)
- Falta de transporte: (7)
- Falta de educación: (5)

- Falta de cupo: (4)
- Muchas huelgas: (4)
- Que no saben: (3)
- Por el mal carácter de los empleados: (2)
- Pacientes que se pelean con las enfermeras: (2)
- Temor al maltrato de las enfermeras: (2)
- Personal médico insuficiente: (2).
- Miedo a ir al Médico: (1)
- Irresponsabilidad del presidente: (1)
- Permiso del marido: (1)
- Enfermeras no prestan atención al paciente: (1)

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

9.1 Acerca de la Prevención del embarazo, embarazo y riesgo reproductivo.

a. Prevención del embarazo:

En relación a la prevención del embarazo la mayoría de las usuarias conocen los diferentes métodos anticonceptivos, destacan entre las opiniones dadas por las entrevistadas el condón, la píldora, DIU y la inyección. Resulta de todas formas interesante que manifestaran como métodos usuales la esterilización tanto para la mujer como para el hombre. Es probable que lo primero se deba a la difusión por diferentes medios masivos y programas de salud a los que tiene acceso la población, en cambio lo segundo que se refiere a la esterilización se deba a las acciones más recientes promovidas por organismos e instituciones que proponen los métodos permanentes como un medio para el control del crecimiento poblacional.

Sin embargo, existe un número importante de usuarias que manifestaron ideas erróneas acerca del uso y los efectos de los métodos anticonceptivos en la salud de la mujer, así como de la variedad de opciones existentes. Llama la atención las creencias que algunos métodos anticonceptivos causan enfermedades como el cáncer, descontrolan las menstruación y/o engordan. No obstante, sí perciben adecuadamente el efecto colateral indeseable de otros métodos como la píldora que señalan que producen várices, sin embargo en el caso del condón, como efecto benigno, contribuyen a prevenir las infecciones de transmisión sexual. Por otra parte se puede apreciar que hay poco conocimiento acerca de las opciones anticonceptivas para el hombre, a excepción del condón, esto último puede deberse a la gran difusión masiva de éste método.

Con respecto al conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos más seguros destacan dentro de las opiniones la esterilización femenina. Es probable que esta opinión se deba a la difusión y acceso de éste método por parte de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA), mediante la combinación efectiva entre las unidades de salud de dicho organismo en coordinación con el personal de salud institucional involucrados,

además de servicios privados de salud. Es probable que esta percepción también se deba a la baja frecuencia de complicaciones reportadas en el uso de éste método anticonceptivo. Por otra parte resulta importante señalar que el condón, el DIU y la píldora, que han sido descritos entre los métodos más conocidos por las usuarias, son referidos al mismo tiempo como poco seguros.

b. Embarazo.

Los conocimientos y la importancia del control prenatal de la mayoría de las usuarias coinciden con el número de controles normados a practicarse una vez que a la mujer se le ha diagnosticado el embarazo, además de las acciones y la finalidad de los cuidados prenatales como parte del programa de atención integral a la mujer, manifestado mediante frases expresadas por las usuarias como:

“Para proteger la salud de la madre y del niño”.

“Visitas periódicas al médico durante el embarazo”.

“Ver que el crecimiento del niño sea normal”.

“Para no tener problemas al nacer el niño”.

“Para evitar complicaciones”.

Esto nos indica que el personal de salud que trabaja en el programa y los diferentes servicios de atención a la mujer brindan la información y la consejería correspondiente a los diferentes eventos que constituyen las metas y objetivos a alcanzar en la unidad de salud.

c. Riesgo reproductivo.

Las respuestas obtenidas se refieren a la edad más adecuada para el primer embarazo, el número ideal de hijos, el período intergenésico, los signos de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cabe destacar que las usuarias en su mayoría conocen las edades más adecuadas del primer embarazo recomendadas por las normas ya establecidas en el programa de atención integral a la mujer, que corresponde a la edad comprendida entre los 18 y los 35 años. Entre las razones expresadas figuran las siguientes:

“Por que una tiene más conciencia de la decisión a tomar”.

“El cuerpo está apto para tener hijos”.

En cuanto al número ideal de hijos la mayoría respondieron de tres a cuatro hijos, entre las razones manifestadas destacan las económicas “Por que le sirven a uno”, y de tipo moral en el sentido “de que si se muere uno quedan tres”. No obstante un buen porcentaje manifestó que el número ideal de hijos debe ser de uno a dos hijos lo que concuerda con la tendencia del desarrollo urbano, el rol productivo de la mujer, la escolaridad, cuya manifestación influye en la fertilidad y la fecundidad de la mujer con las características antes mencionadas. Sin embargo en Honduras el índice de crecimiento poblacional y el número promedio de hijos por mujer está un poco distante de alcanzar ésta percepción manifestada precisamente por una minoría de las usuarias entrevistadas. Además esto coincide con el mismo comportamiento en crecimiento poblacional y promedio de hijos por mujer en Guatemala y Nicaragua.

Con respecto al período intergenésico se señala que la mayoría de las usuarias entrevistadas coinciden con la normativa programática en el sentido de que debe ser mayor de dos años, es probable que esta opinión se deba a la difusión de conocimientos por el programa de atención integral a la mujer.

En relación a los signos de peligro durante el embarazo y el parto la mayoría de las usuarias entrevistadas los conocen, sin embargo esto contrasta con lo encontrado en las entrevistadas con relación a los signos de peligro durante el puerperio, ya que la mayoría respondieron desconocerlos, probablemente se deba a la baja cobertura existente en este servicio a nivel nacional y local.

9.2 Percepción Acerca de la Atención Recibida por lo Servicios de Salud.

Las respuestas obtenidas se refieren a satisfacción acerca de los trámites para acceder a la consulta médica, tiempo de espera para su atención, satisfacción acerca de la rapidez con que se le atiende y con el tiempo que se le dedica por parte del médico, satisfacción en relación al respeto a su intimidad, y la satisfacción con respecto a las expectativas de las usuarias.

a. Satisfacción acerca de los trámites para acceder a la consulta médica.

La mayoría de las usuarias, tienen satisfacción con respecto a los trámites necesarios para acceder a la atención médica. Probablemente esta satisfacción se deba a que ha mejorado el mecanismo de trámite institucional para acceder a la consulta médica. Sin embargo, hay un número importante de usuarias que muestran una relativa insatisfacción.

b. Satisfacción acerca del tiempo de espera y la rapidez de la atención.

La mayoría de las usuarias entrevistadas están con un alto grado de satisfacción, y entre las razones que expresaron para sentirse satisfechas refieren:

“Hay que esperar con paciencia”.

“Es gratis, hay que esperar”.

“Me atendieron rápido”.

c. Satisfacción con el tiempo que le dedica su médico durante la atención.

La mayoría de las entrevistadas respondieron estar altamente satisfechas, manteniéndose la misma tendencia positiva de las entrevistadas como en el tiempo de espera y rapidez en la atención médica, referido en el inciso anterior.

d. Satisfacción con el respeto a su intimidad durante la consulta médica.

La mayoría de las usuarias entrevistadas están de acuerdo en sentir satisfacción en un grado elevado, es probable que esto se deba a un trato profesional adecuado y ético.

e. Satisfacción a sus expectativas, durante la consulta médica.

La mayoría de las usuarias entrevistadas expresaron su satisfacción en relación a sus expectativas de atención médica y entre las razones que manifestaron están:

“Me atendieron bien”.

“Me escuchan con atención”.

“Me explican bien”.

“Me atendieron rápido”.

Se observa que en muchas de las usuarias la satisfacción a sus expectativas está más asociada con la calidad de atención y la rapidez en ella, las que fueron las respuestas más

frecuentes, eso coincide con los descriptores anteriores acerca de la rapidez y el tiempo en la atención.

f. Satisfacción con respecto a la atención recibida en la unidad de salud.

Las usuarias en su mayoría refieren estar satisfechas con respecto a la atención recibida en la unidad de salud, no obstante se observó la persistencia de un grupo pequeño de usuarias que expresaron insatisfacción, y dentro de sus razones manifestaron expresiones como:

“No hay cupo”.

“Los médicos no me examinan”.

“No me vieron por el malestar que traigo”.

“La espera es prolongada”.

“No llenaron mis expectativas”.

Estas respuestas probablemente se deban a que las expectativas de éstas usuarias podrían ser altas sin importar que los servicios son gratuitos.

9.3 Sexualidad y género.

Las respuestas obtenidas se refieren a aspectos como edad más adecuada para iniciar la vida sexual, virginidad, anticoncepción quirúrgica en la mujer y su efecto sobre las relaciones sexuales, servicios de atención a la mujer violentada, número de hijos, diferencias en la atención con respecto al género del usuario de los servicios.

a. Edad más adecuada para iniciar la vida sexual.

Las respuestas obtenidas en su mayoría fueron que el inicio más adecuado de la vida sexual es después de los 18 años, coincidiendo con el hecho que es a ésta edad que se adquiere las características adultas y maduras de la sexualidad humana y es durante éste período que la mujer completa sus cambios físicos y psicológicos. Coinciden estas apreciaciones con las razones expresadas por las usuarias, como ser:

“Se está preparada psicológicamente”.

“Se está madura físicamente”.

“Se es más responsable”.

“Se tiene experiencia”.

b. Importancia de la virginidad al llegar al matrimonio.

La mayoría de las usuarias entrevistadas, consideran importante llegar virgen al matrimonio, probablemente esto se deba a las ideas morales y religiosas que se mantienen aún arraigadas en las familias, motivado además por ideas de respeto, pureza, y valores humanos.

En cuanto a si están de acuerdo en la afirmación que una mujer que llega virgen al matrimonio es más feliz, la mayoría de las usuarias respondieron estar de acuerdo, probablemente su respuesta se deba a que ellas consideran la virginidad como una condición que trasciende en su vida conyugal, asumiendo el rol sumiso atribuido a la mujer por los conceptos machistas que han prevalecido en nuestra sociedad. Hubo expresiones espontáneas de las usuarias que reafirmaban su acuerdo, entre ellas:

“El hombre se siente satisfecho de ser el primero”.

“Se evitan futuros problemas”.

“Al hombre es lo que más le importa”.

“Se evita la vergüenza”.

Sin embargo existe un grupo importante de usuarias que expresaron que no creen que llegar virgen al matrimonio motiva una relación conyugal más feliz, probablemente esto se deba a que se están produciendo cambios en los conceptos sobre sexualidad en la sociedad en general, mostrando ideas nuevas y progresistas. Dentro de sus razones manifestadas están:

“La virginidad no es la base del matrimonio, sino comprenderse y quererse”.

“Cuando un hombre nos deja, no le importa si éramos vírgenes”.

c. Relaciones sexuales satisfactorias y anticoncepción quirúrgica femenina.

La mayoría de las usuarias expresaron desconocer si existe relación entre la operación para no tener hijos, y las relaciones sexuales, cabe destacar, que uno de los descriptores del objetivo número uno acerca de prevención del embarazo se refiere a la esterilización femenina, y las usuarias entrevistadas lo destacan como el método más seguro de prevención del embarazo, sin embargo en éste caso se plantea un desconocimiento acerca

de si existe alguna relación con la vida sexual, hubo incluso un pequeño grupo que manifestó que si afecta ésta relación. Lo anteriormente expuesto evidencia la falta de instrucción clara, completa y oportuna de los efectos de éste método anticonceptivo. No obstante hay un importante número de usuarias que afirman que éste tipo de método anticonceptivo no afecta las relaciones sexual.

d. Servicios de atención a la mujer violentada.

En relación a si las usuarias conocen acerca de la existencia de servicios de salud orientados a la mujer violentada en su unidad de salud y si consideran necesario su implementación, la mayoría respondieron desconocer la existencia de un servicio de atención destinado a las usuarias violentadas, y acerca de si consideran necesario su implementación, las usuarias consideran necesario un servicio de atención a la mujer violentada, Probablemente esta respuesta mayoritaria de desconocimiento sea determinada por la poca constancia en la implementación de éste servicio en la unidad de salud, el que está bajo la coordinación de un recurso bajo la modalidad de contrato, además de ser un servicio relativamente nuevo, así como a la escasa socialización de su existencia. Entre las razones expresadas por las usuarias para reafirmar la necesidad de implementar este servicio de atención están:

“Por traumas psicológicos”.

“Para recibir consejería”.

“Por que éstas mujeres deben recibir ayuda”.

“Para poner denuncias a la ley”.

e. Número de Hijos en relación a obtener más amor por su pareja..

Con respecto a la afirmación de que entre más hijos tenga una mujer, más la va a querer su marido, la mayoría de las usuarias respondieron no estar de acuerdo, probablemente esto tenga relación con lo manifestado por las usuarias, ya mencionado anteriormente en uno de los descriptores del objetivo número uno, sobre embarazo, en el que se menciona el número ideal de hijos manifestado por las usuarias como de tres a cuatro, probablemente también tenga relación con el hecho de que las usuaria entrevistadas son del área urbana, que por

estadísticas nacionales muestran una menor tasa de fecundidad en comparación con el área rural.

f. Diferencias en la atención según el género del usuario de los servicios.

En relación a éste aspecto relacionado con el género, la mayoría de las usuarias respondieron que no existe diferencia alguna, sin embargo hay un grupo importante de usuarias que afirman de la existencia de diferencias en la atención con respecto al género, en éste caso consideraron que es la mujer la que recibe una mejor atención, otras razones que refiere son:

“A los hombres no les gusta asistir a consulta”.

“Las mujeres asisten más a consulta”.

“Nosotras nos enfermamos más y tenemos riesgos durante el embarazo”.

Es importante señalar que muchas de éstas razones son de carácter cultural y responden a un patrón de acción en una sociedad donde la mayoría de los servicios de salud son de carácter materno infantil.

g. Conocimiento acerca de los factores que dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud.

La mayoría de las usuarias entrevistadas mencionaron la existencia de uno o más factores que dificultan el acceso a los servicios de salud, entre estos destacan los asociados a las grandes distancias de los servicios de salud, luego los de tipo organizativo institucional y por último los de carácter económicos.

X. CONCLUSIONES.

De la percepción de las usuarias sobre el embarazo, su prevención y riesgo reproductivo.

1. Las usuarias entrevistadas tienen una percepción adecuada acerca de la existencia de métodos anticonceptivos, tanto para la mujer como para el hombre, los tipos de métodos y sus características, así como de su seguridad, como resultado de la amplia difusión, educación e información de organismos e instituciones de salud a través de medios masivos, relativos a la importancia de su uso y de los beneficios que aportan.
2. Se evidencia en las usuarias entrevistadas una percepción adecuada acerca de la importancia del control prenatal, tanto en su número, como del cuidado que debe de tenerse en el embarazo. Esto demuestra que el servicio de control prenatal ha brindado la información adecuada a sus usuarias acerca de sus servicios.
3. Se encontró una percepción adecuada tanto del número de hijos que debe tener una mujer, como también de la edad más adecuada para su primer embarazo, así mismo de un adecuado período intergenésico. Esto como consecuencia de programas de planificación familiar que orientan permanentemente en forma institucional y masiva acerca de estos temas.
4. Existe entre las usuarias un adecuado conocimientos de los riesgos inherentes al embarazo y el parto, pero que contrasta con el desconocimiento de los riesgos asociados al puerperio y que coincide éste último con la deficiente cobertura de éste servicio mostrada en las estadísticas nacionales y locales.

De la percepción de la atención recibida por las usuarias del programa de atención integral a la mujer.

1. La percepción general de las usuarias en los diferentes tópicos investigados es muy buena y satisfactoria, estos tópicos incluyeron aspectos como trámites para acceder a la atención, tiempo de espera, rapidez de la atención, tiempo dedicado por el médico a la usuaria, respeto a su intimidad, satisfacción a sus expectativas, y en general a la atención recibida en la unidad de salud. Sin embargo persistió un grupo de usuarias que mostraron insatisfacción, lo que debe tomarse muy en consideración al generar estrategias de acción del programa de atención.

De la percepción de las usuarias del programa con respecto a la sexualidad y el género.

1. Las usuarias perciben como la edad más adecuada para el inicio de su vida sexual después de los 18 años. Sin embargo esto contrasta con el hecho que en nuestro país el promedio nacional de partos en la adolescencia de aproximadamente el 25%.
2. Para las usuarias entrevistadas la virginidad es aún considerada como algo muy importante, relacionándola incluso como un factor que puede influir en la felicidad de su vida conyugal.
3. Es evidente el desconocimiento acerca del servicio orientado a la mujer violentada, así como también la importancia que las usuarias atribuyen a éste.
4. Las usuarias en su mayoría perciben que no existe diferencia alguna en la atención recibida según el género de los usuarios, y las diferencias por algunas percibidas favorecen a la mujer.
5. Las usuarias perciben la existencia de tres tipos de factores principales que dificultan el acceso a los servicios de atención, a saber: largas distancias hasta la unidad de salud, los organizativos de la unidad de salud y económicos.

XI. RECOMENDACIONES.

Para la coordinación del programa de atención integral a la mujer.

- Promover la educación de las usuarias en lo relativo a los efectos secundarios de los anticonceptivos, a través de diferentes técnicas de enseñanza de la salud.
- Motivar entre las usuarias la atención puerperal, a través de la promoción institucional, llevada a cabo por el personal que atiende la consulta externa de control prenatal y la unidad de labor y partos, resaltando los beneficios del control puerperal y los riesgos de no asistir a estos.
- Continuar con la educación de las usuarias en lo referente a riesgo reproductivo.

Para la dirección de la unidad de salud.

- Promocionar el servicio ya existente de atención a la mujer violentada a través de la socialización con el cliente interno y externo. Estimular también la generación de normativas de tratamiento, que garanticen el manejo integral de la mujer violentada y gestionar la disponibilidad permanente de un recurso en la coordinación de éste servicio que garantice la continuidad de las acciones.
-
- Promover las investigaciones encaminadas a conocer la percepción de las usuarias en los diferentes servicios de atención, organizando comités científicos que estimulen la participación de los recursos institucionales existentes.

Para la jefatura de la región departamental.

- Coordinar con las autoridades hospitalarias y otras unidades de salud las acciones que garanticen el funcionamiento óptimo del programa de atención integral a la mujer, y en particular de los servicios de atención a la mujer violentada.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Honduras, Secretaría de Salud. Unidad de Atención a la Mujer. Departamento de Salud Materno infantil. Manual de Normas y procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Tegucigalpa, Honduras. Septiembre 1999.
2. Honduras, Secretaría de Salud, Encuesta y salud Familiar ENESF-2001. Encuesta Nacional de Salud masculina ENSM-2001, informe final. Tegucigalpa, Honduras. Diciembre, 2002. p 2.
3. Honduras. Instituto Nacional de la Mujer. Política Nacional de la Mujer, ASDI-PNUD. Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades 2002-2007, Honduras.
4. Honduras. Instituto Nacional de la Mujer. Informe sobre el cumplimiento de los acuerdos de Beijing período 1996-1999. Tratados, acuerdos y convenios suscritos por Honduras. Honduras. 2000.10p.
5. Forum on Women , Beijing 1995. Miremos al mundo a través de los ojos de las mujeres; Discursos pronunciados en sesión plenaria ante el foro de ONG sobre la mujer, Beijing, 1995. USA, 1996.
6. Coordinación Nacional de Mujeres de Organizaciones Civiles por un Milenio Feminista. Beijing +5 América Latina y El Caribe: Paz, Equidad y Justicia de Género para el siglo XXI; Informe Regional de las Organizaciones no Gubernamentales de América Latina y El Caribe. 1º. Edic. Morelia, México, 2001, 95p.
7. Ibid.
8. Colectivo feminista Mujeres Universitarias, Memoria seguimiento a la plataforma de acción mundial-Beijing. Tegucigalpa, Honduras, 1999.
9. Honduras. Instituto Nacional de la Mujer. Informe sobre el cumplimiento de los acuerdos de Beijing período 1996-1999. Op cit, p33.
10. Ibid. p76.
11. Cairo +10. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. Instituto del tercer Mundo; 2004; Montevideo, Uruguay; (www.choike.org).

12. Naciones unidas. Programa de Acción de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; El Cairo, Egipto, 1994. Tegucigalpa, Honduras. 1998.
13. Cairo +10. op cit.
14. Colombia. Ministerio de salud. Salud para las mujeres, mujeres para la salud. Santa Fé de Bogotá; 1992. p19.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las mujeres en América latina y El Caribe: viejos problemas nuevos enfoques. Programa Mujer-Salud y Desarrollo. Washington, D.C: OPS; 1994. p4.
16. Family Care Internacional. salud sexual y reproductiva, 1999. New York, USA, 2000.
17. Flores, Leyda. Cruz, Ana Lizeth. Hoshing, Viodelda. Investigación sobre la influencia de la autoestima y autodeterminación en la toma de decisiones respecto a la salud reproductiva de las mujeres trabajadoras de la maquila en Choloma, Cortés. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1998.
18. Family Care Internacional. Op cit.
19. Ibid.
20. Hedman, Birgitta. Perucci, Francesca. Sundstrom, Pehr. Estadísticas de Género: una herramienta para el cambio. 1996. Estadísticas de Suecia. Suecia, 1999. p144.
21. Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica, Paquete Madre-Bebé: implementando la maternidad segura en los países.
22. Secretaría de Salud. Programa de atención Integral a la Mujer. Estrategia Metodológica del sistema de Programación, organización, Monitoría y Evaluación de los servicios de Planificación Familiar en los Diferentes niveles de Atención, para Reducción de la mortalidad Materna e Infantil. Tegucigalpa, Honduras. Enero, 2004. p4.

23. Ibid. p8.

24. Ibid. p10.

25. Honduras, Secretaría de Salud. Unidad de Atención a la Mujer. Departamento de Salud Materno infantil. Manual de Normas y procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Op cit.

XIII. ANEXOS.

ANEXOS.

ESTADISTICAS DE GENERO EN HONDURAS.

INDICADORES SELECCIONADOS	Año	Mujer	Hombre
Población mayor de 60 años (%)	2000	55	45
Tasa de analfabetismo global (%)	2000	28	28
Tasa de asistencia escolar de la población urbana entre 13 y 19 años de edad (%)	1999	59	55
Jefes en el total de hogares urbanos (%)	1998	30	70
Incidencia de la pobreza según sexo del jefe de hogar (%)	1999	68	65
Tasa de desempleo urbano (%)	1997	6	9
Total ocupados urbanos (%)	1997	45	55
Ocupados urbanos en sectores de baja productividad (%)	1999	48	52

Salud		
Indicador	Descripción	Fuente
Esperanza de vida al nacer	Es el número medio de años que viviría en promedio cada recién nacido de una cohorte hipotética sometida durante su vida a una determinada ley de mortalidad	CELADE, Boletín demográfico N° 62; United Nations, World Population Prospects The 1998 Revision.
Defunciones por aborto como proporción de las defunciones por causas maternas	Número de defunciones por aborto de las madres entre 15 y 49 años, dividido por el total de defunciones por causas maternas en ese grupo de edad.	Organización Panamericana de la Salud (OPS), La Salud en las Américas, Edición 1998.
Tasas de mortalidad en la niñez		CELADE, Boletín demográfico N° 67
Tasa de incidencia de casos de sida		AIDS * UNAIDS 1999AI, DS Surveillance in the Americas. Biannual Report. June, 1999.

Población		
Indicador	Descripción	Fuente
Índice de feminidad	Número de mujeres por cien hombres.	CELADE, Boletín demográfico N° 62.
Tasa de crecimiento anual	Es el cociente entre el incremento medio anual total ocurridos durante un período y la población media del mismo período.	CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.
Tasa bruta de natalidad	Es el cociente entre el número medio anual de nacimientos ocurridos durante un período determinado y la población media del período.	CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.
Tasa bruta de mortalidad	Es el cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas durante un período determinado y la población media del período.	CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.
Tasa neta de migración	Es el cociente entre el saldo neto migratorio anual durante un período determinado y la población media del período	CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

Fecundidad Hogar y Familia		
Indicador	Descripción	Fuente
Tasa global de fecundidad.	Número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres, que durante el período fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edades de la población en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.	CELADE, Boletín demográfico 62; United Nations, World Population Prospects The 1998 Revision.
Fecundidad no deseada	Se considera que un nacimiento no es deseado, si número de hijos sobrevivientes al momento del embarazo, era mayor o igual que el número ideal de hijos.	FNUAP, Pobreza e Inequidad de Género: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y el Caribe.
Jefatura de hogar	Número de hogares encabezados por mujeres y por hombres, dividido por el total de hogares, por cien.	CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas

Educación		
Indicador	Descripción	Fuente
Población analfabeta de 15 y más años de edad	La población analfabeta está definida como aquella que no es capaz de leer y escribir un relato simple y breve relativo a su vida cotidiana.	UNESCO, Anuario Estadístico 1999.
Tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 12 años	Número de mujeres (hombres) de 6 a 12 años que asisten a algún establecimiento educacional, dividido por el total de mujeres (hombres) de ese grupo de edad, por cien.	CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
Tasa de asistencia escolar de la población de 13 a 19 años	Número de mujeres (hombres) de 13 a 19 años que asisten a algún establecimiento educacional, dividido por el total de mujeres (hombres) de ese grupo de edad, por cien.	CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
Tasa de asistencia escolar de la población de 20 a 24 años de edad	Número de mujeres (hombres) de 20 a 24 años que asisten a algún establecimiento educacional, dividido por el total de mujeres (hombres) de ese grupo de edad, por cien.	CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Pobreza		
Indicador	Descripción	Fuente
Población que vive en hogares pobres, según grupos de edad		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.
Índice de feminidad de la población pobre por grupos de edad		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.
Distribución de los jefes según condición de pobreza de los hogares urbanos y rurales		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.
Hogares encabezados por mujeres en cada estrato de pobreza		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.
Magnitud de la pobreza en hogares biparentales, sin y con aporte de la cónyuges al ingreso familiar		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.
Relación entre el ingreso per cápita de las mujeres y el de los hombres		CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogar de los respectivos países.

PERCEPCION DE USUARIAS
GUÍA DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO POR: _____

DATOS GENERALES:

UNIDAD DE SALUD:

HOSPITAL GABRIELA ALVARADO

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS.

DOMICILIO:

PREVENCION DEL EMBARAZO, EMBARAZO Y RIESGO REPRODUCTIVO.

1. sabe usted que son los métodos anticonceptivos? SI ____ NO ____
si conoce alguno, que sabe de ellos?

2. Que métodos conoce para evitar los embarazos?

Píldora _____ Condón masculino _____ Esterilización masculina _____
Inyectable mensual _____ Condón femenino _____ Esterilización femenina _____
Inyectable trimestral _____ Jaleas y cremas _____ Ritmo _____
Dispositivo Intrauterino _____ Capuchón cervical _____ Billing _____
Ninguno _____

3. Conoce métodos anticonceptivos para el hombre? Si _____ No _____

cuales? Condón _____ vasectomía _____ otro _____

4. Sabe usted cuál es el método anticonceptivo más seguro? Si _____ No _____

Si la respuesta es Si Cuál es? _____

5. Conoce usted acerca del control prenatal? Si _____ No _____

¿Si la respuesta es Si, Qué

es? _____

6. En su opinión, considera usted útil el control prenatal? Si _____ No _____

Porqué? _____

7. Cuántos controles prenatales considera usted debe realizarse una embarazada?

8.Sabe usted , cuál es la mejor edad para salir embarazada? Si _____ No _____

Si la respuesta es Si, Porque?

9.Para usted cual es el número ideal de hijos? _____

Porque?

10.Sabe usted de cuanto es el tiempo recomendado entre un embarazo y otro embarazo?

Si _____No _____

Si la respuesta es si, cuánto es el tiempo?

11.Conoce usted los signos de peligro en el Embarazo?

Si _____ No _____

Si la respuesta es si, Cuales conoce?

12.Conoce usted los signos de peligro en el Parto

Si _____ No _____

Si la respuesta es si cuales conoce?

13. Conoce usted los signos de peligro en el Puerperio

Si _____ No _____

Si la respuesta es si, Cuáles conoce? _____

PERCEPCION ACERCA DE LA ATENCION EN SU UNIDAD DE SALUD.

14. ¿Está satisfecha de los tramites que tiene que realizar para obtener los servicios médicos?

NADA _____ POCO _____ BASTANTE _____ MUCHO _____ NO SE _____

15. Cree usted que el tiempo que espero para ser atendido en su consulta médica es aceptable?

Si _____ No _____ Porque _____

16. ¿Está satisfecha de la rapidez con que se le atiende en su unidad de salud?

NADA _____ POCO _____ BASTANTE _____ MUCHO _____ NO SE _____

17. ¿Está satisfecha del tiempo que le dedica su medico?

NADA _____ POCO _____ BASTANTE _____ MUCHO _____ NO SE _____

18. ¿Está satisfecha de cómo respetan su intimidad?

NADA _____ POCO _____ BASTANTE _____ MUCHO _____ NO SE _____

19 Fue la atención como usted la esperaba?

Si _____

No _____

Porque _____

20.¿Está satisfecha de la atención que se le brinda en esta unidad de salud?

NADA _____ POCO _____ BASTANTE _____ MUCHO _____ NO SE _____

SEXUALIDAD Y GENERO.

21.¿cuál cree es la edad adecuada para iniciar la vida sexual.?

Edad _____

porque? _____

22. Cree usted que es importante llegar virgen al matrimonio?

23.¿Cree usted que una mujer que llega virgen al matrimonio es más feliz?

24. Cree usted que una mujer operada para no tener hijos funciona bien en las relaciones sexuales?

25.¿Conoce usted servicios de atención a la mujer abusada y/o violentada en su unidad de salud?

Si _____

No _____

26. Considera usted necesaria un servicio de atención a la mujer abusada y/o violentada, en su unidad de salud?

Si _____ No _____

Porque? _____

27. Cree usted que entre más hijos tenga de su marido más la va a querer?

28. ¿Considera que hay diferencia en la atención de salud entre hombres y mujeres?

Si _____ No _____

Porqué? _____

29. ¿Qué factores cree usted dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud?

