



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
2012 – 2014**

**Tesis para optar al Título de Master en Salud Pública**

**PERCEPCION DEL PARTO INSTITUCIONAL Y LA CALIDAD DE  
ATENCION DEL MISMO, DE MUJERES EMBARAZADAS EN LAS  
COMUNIDADES DE SAN ANTONIO DE LA LIBERTAD, PLANES DE LA  
NUEVA ESPERANZA Y SUS ALREDEDORES, DE LA CORDILLERA DE  
MONTECILLOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA TERESA,  
COMAYAGUA, HONDURAS 2014.**

---

Autor: Carlos Antonio Suazo Boquín

Tutor: MSc. Yovany Roa Traña

**Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Febrero 2014.**

<b>INDICE</b>	<b>PAGINA</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>ii</b>
<b>Resumen</b>	<b>iii</b>
<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>III. JUSTIFICACION</b>	<b>8</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
<b>VI. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>11</b>
<b>VII. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>26</b>
<b>VIII. RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>IX. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>X. CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES</b>	<b>44</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>48</b>

## **ANEXOS**

## **Agradecimientos.**

Definitivamente mi primer agradecimiento es a Dios, por haber iluminado mi historia a través del servicio a los más pobres, esto ha permitido que las demás personas o acontecimientos de mi vida sean una realidad.

Agradezco a mi familia, pero más en especial, a mi esposa Carmen Yamileth Morales y a mis hijas Annette Virginia, María Isabel, Paula Mariam y el pequeño Héctor Samuel y a su nuevo hermanito(a) en camino. También cabe mencionar a nuestras queridas Madres de la Casa, Las Abuelas, Virginia (Tita) y Rosita, ya que sus oraciones están reflejadas en este trabajo; y con la apertura de todos ellos a mi formación, están dando paso a esta formidable ventana que ahora se está aperturando, aun a costa de su sacrificio.

A la 2ª. Comunidad Neocatecumenal de la Parroquia Santos Mártires, quienes con sus oraciones y apoyo también son Parte de este nuevo proceso en mi vida.

Por supuesto no puedo olvidar a mis compañeros, quienes luego de todo este tiempo se han convertido en mis hermanos de combate, en esta difícil etapa que cursamos.

Siendo los más especiales, todos los maestros del CIES/ UNAN / MANAGUA, los cuales siempre estuvieron dispuestos a vaciar sus conocimientos, para hoy poder tener una visión diferente de la Salud Pública.

Y por último a todos aquellos que de alguna manera han estado apoyándome en este proceso con sus palabras de aliento, ayudando en mis viajes apoyándome económicamente, a todos, GRACIAS TOTALES.

## **Dedicatoria.**

Existen cinco personas sumamente importantes en mi vida, sin las cuales hoy yo no existiera, ni sería el hombre que soy, y es para ellos esta dedicatoria:

Héctor Suazo Mejía (Q.D.D.G.) Y María Virginia García Hernández, mis Padres, Marco Antonio Suazo Mejía y Rosa Isabel Boquín, mis papas, pero en mayor énfasis este trabajo lo dedico a mi esposa Carmen Yamileth Morales Ruiz.

## **Resumen**

Este es un trabajo en el cual tenemos una prueba tangible de la percepción de las mujeres al parto Institucional, es un estudio cuantitativo, descriptivo en el área que abarca parte de la zona rural de la ciudad de Comayagua, de la cordillera de Montecillos, específicamente en las comunidades de San Antonio de la Libertad y Planes de la Nueva Esperanza, cuya jurisdicción pertenecen al centro de Salud del Portillo de las Moras.

Por tal razón este trabajo de percepción abarco algunos aspectos de estudio tales como los geográficos y económicos y continuando con lo referente a accesibilidad a los centros de salud, los costos en que se incurren por transporte y estadía al Hospital Santa Teresa, así como el trato que recibieron en la unidad hospitalaria donde fueron atendidos y cómo fue su percepción del mismo, así mismo se analiza la satisfacción de las mujeres al uso del parto institucional, valorando aspectos como respeto a la privacidad, respeto a sus creencias religiosas y el apoyo brindado por el personal de salud.

Los resultados fueron impresionantes, el poder descubrir que para la mayoría de las embarazadas es difícil acceder a sus centros de salud, pero aun así continúan asistiendo a los mismos, que los costos por transporte y estadía son más altos que los ingresos mensuales por familia, que el uso de parto institucional esta relacionado a la última encuesta de ENDESA 2011-2012, quien reporta que el parto institucional en zonas rurales es de un 73 % pero disminuye según el quintil de pobreza y el número de hijos por mujer, para este estudio fue de 61%. Todo esto basado en la encuesta aplicada, así mismo el tener una referencia objetiva del trato de las pacientes a su paso por el hospital y la satisfacción de las mismas por el servicio recibido. Ojala que la lectura de este estudio resulte interesante, por algunos aspectos encontrados que se contraponen a los manifestados por las encuestas nacionales, que tratan de explicar lo mismo, pero que este al ser un estudio puntual, lo devela de manera más clara.

## I. INTRODUCCION:

Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo<sup>12</sup>.

Las complicaciones que conducen a alterar el proceso de embarazo y parto en una mujer conllevando su muerte, la del bebe o alteraciones permanentes en alguna de las partes en su mayoría se pueden dar en cualquier etapa antes, durante o después de iniciado el proceso, el 80% de las causas de estas complicaciones están dadas por:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- las infecciones (generalmente tras el parto)
- la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia)
- los abortos peligrosos.

La mayoría de lesiones y muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer tuviera acceso a cuidados básicos durante el embarazo, parto y posparto, y fuera instruida para hacer uso de los servicios de salud materna.

Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto<sup>12</sup>.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada<sup>12</sup>. Año tras año, unos 8 millones de niños mueren por causas evitables, y más de 350,000 mujeres mueren por

complicaciones evitables relacionadas con el embarazo y el parto. Si resolvemos las grandes carencias, los beneficios serán enormes. Cumplir las metas del ODM 4 (Reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años) y del ODM 5 (Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y dar acceso a los servicios de salud reproductiva a todas las personas) significaría salvar la vida de 4 millones de niños y alrededor de 190,000 mujeres tan solo en 2015. En los 49 países con ingresos más bajos del mundo, el progreso sería increíble. Entre 2011 y 2015, podríamos evitar la muerte de más de 15 millones de niños menores de cinco años, incluidos más de 3 millones de recién nacidos. Podríamos evitar 33 millones de embarazos no deseados y la muerte de unas 570,000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto<sup>5</sup>.

En el continente americano viven aproximadamente 910 millones de personas, el 63% en la región de Latinoamérica y el Caribe (572 millones). Los nacimientos anuales son aproximadamente 16 millones, de los cuales el 71% corresponde a Latinoamérica. Permanece la región de LAC anualmente con aproximadamente 22.000 muertes maternas, 480.000 en la etapa perinatal, 360.000 infantiles y 150.000 entre 1 y 4 años. En su gran mayoría son evitables con una atención profesional del parto y con sistemas de salud mejor organizados y accesibles para la población.<sup>3</sup>

Conociendo que el riesgo de muerte es mayor durante el parto y posparto, -período en que se da 2 de cada 4 muertes maternas en países en desarrollo-, que para algún otro momento durante la maternidad (Koblinsky et al, 2000), y que las complicaciones relacionadas con la salud materna contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos (Tinker & Koblinsky, 1993), es de importancia conocer los factores individuales y contextuales, asociados que hacen que casi un 50% de partos se den en la casa y un porcentaje similar de mujeres no reciba atención posparto<sup>3</sup>.

## **II. ANTECEDENTES:**

En 2002 el Gobierno de la República orienta la gestión gubernamental en función de programas de largo plazo bajo un enfoque sectorial y no de proyectos. El marco de actuación se encuentra descrito en varios documentos: Políticas del Sector Salud 2002-2006; Plan de Gobierno 2002-2006; Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) y el Plan Estratégico del Sector Salud de Honduras a 2021, en congruencia con las Metas del Milenio (MDG).

La Política Nacional de la Mujer constituye a su vez un instrumento de soporte para la definición de las líneas de acción de la Política de Salud Materno Infantil<sup>13</sup>.

El Gobierno de Honduras suscribió en el año 2009, un Convenio de Financiación con la Comunidad Europea para el apoyo a la ejecución de la Estrategia para la Pobreza del Estado de Honduras, enfocándose en la mejora de las condiciones de educación y salud. El Congreso Nacional de Honduras, a través del Decreto Legislativo No. 286-2009, aprobó en diciembre del 2009 la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación<sup>16</sup>.

Este Addendum está orientado a apoyar la implementación del Plan de Gobierno 2010-2014 alineado con el Plan de Nación 2010-2022 y la ejecución de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza del Estado de Honduras, enfocándose en la mejora de las condiciones de educación y salud. El Convenio tiene un periodo de aplicación de 66 meses, a partir del 23 de noviembre de 2010 hasta el 23 de abril de 2016<sup>2</sup>.

La información sobre el lugar de ocurrencia del parto para los niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (Mayo 2013), incluye la información sobre la persona que asistió durante el parto a la mujer embarazada.

**Lugar de ocurrencia del parto:** La ocurrencia del parto institucional calificado se ha incrementado en los últimos años en Honduras ya que según la ENDESA 2011-2012, el 83 por ciento de los nacimientos ocurridos en los 5 años que precedieron la encuesta fueron atendidos a nivel institucional (78 por ciento en establecimiento público y 5 por ciento en establecimiento privado), lo cual representa un incremento de 16 puntos con respecto a la ENDESA 2005-2006, básicamente como resultado del aumento en los partos atendidos en establecimientos de salud del sector público del 61 al 78 por ciento.

El parto institucional (público o privado) es menor en mujeres rurales (73 por ciento), mujeres de mayor edad (75 por ciento en mujeres 35-49 años), mujeres con 6+ orden de nacimiento (58 por ciento), mujeres sin ninguna visita de atención prenatal (52 por ciento), mujeres sin educación (55 por ciento) y mujeres en el quintil más bajo de riqueza (58 por ciento).

Casi la totalidad de las mujeres con educación superior y de las ubicadas en el quintil superior de riqueza (99 y 98 por ciento respectivamente) atienden sus partos en instituciones públicas o privadas en comparación con el 55 por ciento y 58 por ciento de las mujeres sin educación y de las que pertenecen al estrato más pobre, respectivamente.

En Comayagua la atención de parto institucional es del 79.8 por ciento para el sector público. El mayor nivel de atención de partos en el sector privado se observa en: Gracias a Dios y Atlántida (10 por ciento cada uno); y en Santa Bárbara, Puerto Cortés, Comayagua, Cortés e Islas de la Bahía (8 por ciento cada uno).

Los departamentos con los porcentajes mayores de parto en casa son Gracias a Dios (43 por ciento), Lempira (33 por ciento) e Intibucá (32 por ciento). En Islas de la Bahía, apenas el 6 por ciento de los nacimientos son partos domiciliarios. Los niveles de partos domiciliarios son igualmente bajos en Cortés (7 por ciento) y en Francisco Morazán (8 por ciento); en Comayagua es de un (12 por ciento).

Un 45 por ciento de las madres sin educación y un 42 por ciento de las mujeres del quintil menor de riqueza tienen sus partos en casa, en contraste con las mujeres de educación superior y del quintil superior entre las cuales el parto domiciliario es casi inexistente.

**Tipo de asistencia durante el parto:** Con relación al tipo de atención durante el parto, el 83 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, básicamente médicos (79 por ciento). En la ENDESA 2005-2006 la atención por profesional de salud fue del 67 por ciento y por médico 64 por ciento. Entre los nacimientos que no recibieron atención de personal de salud (17 por ciento), la mayoría (14 por ciento) fueron asistidas por parteras y 3 por ciento fueron asistidos por familiares o amigas. En Comayagua las parteras atienden un (10.6 por ciento).

La atención del parto por personal de salud es alta en el país pero todavía se observan algunas variaciones importantes. La atención disminuye ligeramente con la mayor edad de la madre pero lo hace más rápidamente a medida que aumenta el orden de nacimiento (pasa del 92 por ciento entre los nacimientos primerizos al 58 por ciento entre los nacimientos de orden 6 o más).

El porcentaje es menor en mujeres rurales (73 por ciento comparado con 94 por ciento entre mujeres urbanas) y aumenta con el nivel de educación de la madre y el quintil de riqueza: en mujeres sin educación es 55 por ciento (99 por ciento entre aquéllas con educación superior) y entre las mujeres del quintil inferior de riqueza es 58 por ciento y 98 por ciento entre las del quintil superior.

Los departamentos con los porcentajes más bajos de atención de parto por profesional de salud son: Gracias a Dios (61 por ciento), Intibucá y Lempira (67 por ciento cada uno) y El Paraíso (72 por ciento). Los mayores niveles se observan en el Distrito Central, San Pedro Sula e Islas de la Bahía (98, 97 y 95 por ciento, respectivamente); en Comayagua (76.3 por ciento) por médico y (10.3 por ciento) por enfermera.

Las brechas de atención del parto son mayores cuando el parto es atendido por médico y los porcentajes de atención son menores en mujeres de mayor edad (71 por ciento), grandes multíparas (54 por ciento con 6+ orden de nacimiento), mujeres rurales (68 por ciento), mujeres sin educación (51 por ciento) y mujeres en el quintil inferior de riqueza (52 por ciento).

A nivel departamental, la atención de parto por médico tiene los valores más altos en los centros urbanos (Distrito Central con 97 por ciento y San Pedro Sula con 96 por ciento). Los departamentos con las coberturas menores de atención por médico son: Gracias a Dios (56 por ciento) y Lempira (61 por ciento).

**Nacimientos por cesárea:** El 19 por ciento de los nacimientos ocurrieron por cesárea, situación que se ha incrementado en 6 puntos en comparación con la ENDESA 2005-2006 y en 11 puntos en comparación con ENESF 2001.

La cesárea es más frecuente en mujeres de mayor edad (23 por ciento en mujeres 35-49 años versus 14 por ciento menores de 20 años), primer orden de nacimiento (22 por ciento versus 9 por ciento entre aquéllas con 6 o más nacimientos), mujeres urbanas (25 por ciento versus 13 por ciento entre las mujeres rurales), mujeres con educación superior (42 por ciento versus 7 por ciento entre mujeres sin educación) y mujeres en el nivel superior de riqueza (33 por ciento versus 8 por ciento entre aquéllas en el quintil inferior).

Los departamentos con los porcentajes más altos de partos por cesárea son Atlántida (31 por ciento), San Pedro Sula (29 por ciento), Distrito Central (26 por ciento), Islas de la Bahía (25 por ciento) y Cortés (25 por ciento). En Choluteca, apenas el 8 por ciento de los partos ocurren por cesárea, el 11 por ciento en Intibucá, el 12 por ciento en Lempira y Choluteca; y el 13 por ciento en La Paz y en Comayagua es del 20.5 por ciento<sup>4</sup>.

Lamentablemente, el modelo estadístico del Hospital Santa Teresa de Comayagua, no nos permite saber el número de partos de la zona en estudio durante el 2013, ya que lo guarda por municipio y no por comunidad.

En base a lo anterior se realizó este estudio en las comunidades de Planes de la Nueva esperanza, fundada en 1904, ubicada 1,800 metros sobre el nivel del mar, a unos 18 km. de la ciudad de Comayagua accesible en vehículo por caminos de herradura durante el verano, en el invierno esto se vuelve más difícil y hay tramos que se hacen caminando o en bestias.

También se estudió la comunidad de San Antonio La Libertad, ubicada a unos 16 Km. De la ciudad de Comayagua a una altura de 1300 metros sobre el nivel del mar, lugares ubicados en la zona de la Cordillera de Montecillos y pertenecientes a la unidad productora de salud (U.P.S.) del Portillo de las Moras<sup>17</sup>.

### III. JUSTIFICACIÓN:

A pesar de que el 97% de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal, en las regiones más pobres del país sólo el 55% de ellas tienen un parto institucional. Es decir, sólo una de cada dos mujeres, en el quintil más pobre de la población, tiene su hijo en un ambiente adecuado y con personal capacitado para cualquier eventualidad que pueda surgir en el parto. La percepción de el uso de los servicios obstétricos, obedece no sólo a la disponibilidad y distancia de los centros materno infantiles, sino también a factores individuales, entre los que se destaca la educación de la madre, nivel socioeconómico, autonomía que tiene la mujer con respecto a su marido e hijos (Dasgupta et al,2007; Sandoval, 2005). También adquiere gran relevancia las cuestiones culturales (jowett, 2000) que afectan al uso o no de los servicios<sup>3</sup>.

Con las actividades preventivas y de promoción de los centros descentralizados de salud, se espera detectar casos complicados de embarazos y concientizar a la población objetivo, de la importancia para el recién nacido y la madre de contar con el ambiente adecuado y medios para hacer más seguro el parto.

En la región de Salud No 3, correspondiente al departamento de Comayagua, no existe un estudio que describa la situación de parto institucional. Se cuenta únicamente con información publicada de ENDESA 2011-2012, pero es de todo el país, que refleja las estadísticas nacionales frías, sin el análisis necesario para entender la problemática del parto institucional según los departamentos.

Los resultados de este estudio deben facilitar el reconocer la situación del parto institucional en Comayagua, la percepción que tienen las usuarias del sistema, así como medir la perspectiva que se tiene del servicio, principalmente de la zona rural que es donde se efectuó el estudio y de donde proviene la mayoría de la población de nuestro país. Vale mencionar para la comprensión del presente estudio que el salario mínimo para el año 2014 fue pactado y en promedio es de 7,419 lempiras<sup>7</sup>.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Por los diferentes aspectos formulados anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del parto institucional y la calidad de atención del mismo por parte de las mujeres embarazadas de comunidades de San Antonio de la Libertad, Planes de la Nueva Esperanza y sus alrededores, en la cordillera de Montecillos, atendidas en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, Honduras, 2014?

De la pregunta planteada en la presente investigación, se derivan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores geográficos y económicos de las embarazadas de las comunidades de la cordillera de Montecillos?

¿Cuál es la accesibilidad de las embarazadas en estudio al servicio de parto institucional del Hospital Santa Teresa de Comayagua?

¿Qué tipo de información reciben las embarazadas en estudio, acerca del parto institucional y de las complicaciones, al no hacer uso de este servicio?

¿Cuál es el grado de satisfacción de las embarazadas en estudio, según experiencia previa al parto institucional?

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1. Objetivo general:**

Analizar la percepción del parto institucional y la calidad de atención de las embarazadas de comunidades de San Antonio de la Libertad, Planes de la Nueva Esperanza y sus alrededores, en la cordillera de Montecillos, atendidas en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, Honduras, 2014.

### **V.2. Objetivos específicos:**

1. Describir los factores geográficos y económicos de las embarazadas de comunidades de la cordillera de Montecillos.
2. Identificar la accesibilidad para las embarazadas en estudio, al servicio de parto institucional del Hospital de Comayagua.
3. Valorar la información que reciben las embarazadas en estudio sobre el parto institucional y sus complicaciones.
4. Determinar el grado de satisfacción de la población en estudio, según experiencias previas, al parto institucional.

## **VI. MARCO DE REFERENCIA:**

### **Parto.**

Según la OPS el proceso de parto se puede definir como: "...Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el periodo del post parto".... La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto. El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción (Recién nacido+ placenta completa más membranas ovulares).

### **Los tres periodos del parto:**

- **I Período de dilatación cervical:** comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 cms. de dilatación) y termina con la dilatación completa.
- **II Periodo de descenso y expulsión del recién nacido:** comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del recién nacido.
- **III Periodo del alumbramiento:** comienza al nacer el producto y termina con la expulsión de la placenta.

### **Personal institucional calificado.**

Se refiere al proveedor o proveedora que atiende un parto y al neonato, a nivel institucional (Obstetra, médico, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadrona calificada), para lo cual tiene que contar con las habilidades y destrezas para las siguientes actividades del proceso de atención:

Utilizar el partograma, Atender el parto normal, manejar activamente el tercer período del parto, Atención normal del recién nacido, Además de reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales, así como y realizar las

intervenciones esenciales oportunas y/o referir a otro centro de mayor complejidad y resolución<sup>6</sup>.

### **Salud de la madre**

La Secretaría de Salud, en su Sistema de Monitoría y Evaluación de la Gestión (SIMEG), tiene definida la edad reproductiva de la mujer en Honduras entre los 12 y 49 años (en otros países es de 15 a 49 años); esto debido a que el 10.7% de las mujeres a la edad de 15 años han tenido por lo menos un embarazo, considerados de alto riesgo se consideran embarazos de alto riesgo aquellos en mujeres menores de 18 años, mayores de 35 años y las multíparas. Es importante notar que si bien la tasa de fecundidad ha tenido un descenso lento y sostenido, pasando de 6.5 por mujer en 1981 a 3.9 en 2004, aun así Guatemala y Honduras tienen las tasas más altas de fecundidad en Centroamérica. El descenso en la tasa general de fecundidad (TGF) ha sido principalmente a expensas de la población que vive en zonas urbanas y tiene mayor escolaridad, ya que las mujeres del área rural continúan con una alta tasa de fecundidad, asociada a un nivel educativo bajo y a la extrema pobreza.

Las mujeres más pobres de zonas rurales y urbanas marginales inician su vida reproductiva siendo muy jóvenes, con espacios intergenésicos muy cortos, y siguen teniendo hijos hasta edades maduras. Las mujeres sin educación tienen en promedio 6.5 hijos, y las que tienen 7 o más años de educación, únicamente 2.7 hijos. A su vez, las mujeres con menor nivel de escolaridad tienen su primer hijo a edades más jóvenes y los siguientes con espacios intergenésicos más cortos.

En los últimos años se ha extendido la cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva, lo que ha dado como resultado que se haya incrementado el número de mujeres, casadas o en unión libre, que utilizan algún método de planificación familiar, de 26.8% en 1981 a 61.8% en 2001. Sin embargo, un 25.5% de los nacimientos ocurridos en el periodo 1996-2000 fueron no deseados, lo que evidencia una marcada deficiencia en actividades de promoción de salud sexual reproductiva. Se considera que dicho incremento en el uso de anticonceptivos y

otras medidas de planificación familiar, es insuficiente para reducir la TGF y contribuir a una reducción significativa de la mortalidad materna e infantil en el corto plazo.

Se manifiestan también fuertes deficiencias en actividades de promoción de la salud, en lo que respecta a la atención prenatal, parto y puerperio. Durante 1996-2000, aunque la norma de la Secretaría de Salud indica un mínimo de cinco controles prenatales a toda embarazada, únicamente el 58.6% de los embarazos atendidos cumplió con dicha norma, y de éstas sólo el 56,4% inició su control durante el primer trimestre de embarazo.

En referencia al parto, aunque ha habido un incremento de 40.5% en 1987 a 62% en 2001 en el número de partos institucionales atendidos por la Secretaría de Salud y el IHSS, el 38% de partos a nivel nacional continúan siendo atendidos en la comunidad, muchas veces por personal no calificado. Nuevamente, los condicionantes sociales de pobreza y educación impactan en la cobertura de parto institucional, que es desproporcionadamente bajo en mujeres con poca educación y de las áreas rurales más pobres. Esta inequidad también se repite en los niveles de control puerperal donde sólo un 38% de las mujeres que tuvieron un parto en el 2001 asistió a control, y de éstas la gran mayoría fue de mujeres del área urbana y con mayor educación.

La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF 2001) reveló que alrededor de un 15% de mujeres no embarazadas padecen de anemia, tanto a nivel urbano como rural; mientras que el suplemento de la dieta con ácido fólico, hierro y vitamínicos prenatales fue del 83% en mujeres con educación superior y, dependiendo del área geográfica, del 11 al 52% en mujeres sin educación formal<sup>15</sup>.

Aun cuando la tasa de fecundidad global (TFG) ha venido descendiendo de 6,5 hijos por mujer en 1981 a 4,4 en 2001, Honduras es el segundo país de Centro América con más alta tasa de fecundidad después de Guatemala. La tasa general de fecundidad (TGF) en 2001 es de 4,4 hijos con una notable diferencia entre el área rural (5,6) y el área urbana (3,5) y entre las mujeres de menor nivel educativo

(6,5) y las que tienen mayor nivel de educación (2,7). Esta fecundidad está altamente relacionada con la edad de la primera relación sexual y la edad en que se tiene el primer hijo. El 42,1% de las mujeres entre 15 y 29 años tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y el 24,3% tuvo su primer hijo antes de cumplir esa edad. Estos hechos estuvieron altamente relacionados con el nivel educativo pues fueron más frecuentes en las mujeres de menor nivel educativo.

Según la ENESF – 2001, un 25,5% de los nacimientos ocurridos en los últimos tres años anteriores a la misma fueron no deseados. Las mujeres con mayor proporción de hijos no deseados se concentraron entre los 40 a 49 años al momento del nacimiento, en aquellas en que este nacimiento era al menos el sexto y en las que no tenían ninguna educación formal.

La mortalidad materna ha pasado de 182 por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 108 por 100,000 nacidos vivos en 1997. En este mismo periodo se encontró que la muerte materna paso de representar el 21.5% del total de muertes en mujeres en edad reproductiva en 1990 a sólo un 8.5% en 1997, siendo desplazada del primer a un quinto lugar, como causa de muerte, sin embargo y a pesar de esta significativa reducción, Honduras se ubica como uno de los países en Latino América con las tasas más elevadas.

El 40,6% de las muertes maternas sucedió en el puerperio y el 34,9% en el parto, las causas determinantes son la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis. El 100% de las muertes por hemorragia y sepsis son evitables si se dispone de los requerimientos para brindar cuidados obstétricos esenciales. Se ha estimado que el 50% de las muertes causadas por trastornos hipertensivos es prevenible. Si bien las coberturas de atención han mejorado en los últimos años, esta alta mortalidad por causas prevenibles se debe en parte a la aún baja cobertura del parto institucional (61% en 2001) y a la deficiente calidad de los servicios provistos.

Una proporción importante de muertes acontece en la comunidad, en donde intervienen desde factores socioeconómicos, culturales, género y violencia hasta factores directamente involucrados al acceso a los servicios de salud<sup>15</sup>.

Para reducir la mortalidad materna, el Estado de Honduras ha diseñado una Política Nacional de Acercamiento de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) que se ha planteado como meta explícita la reducción de la mortalidad materna a 46 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015, con la cual se pretende cumplir la meta del ODM (Secretaría de Salud, 2008). Esta aspiración enfrenta, al menos inicialmente, con una gran dificultad: no se dispone de datos actualizados sobre la tasa de mortalidad materna para monitorear los resultados<sup>11</sup>.

### **Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.**

Uno de los factores más estrechamente vinculado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna es la atención del parto por personal sanitario especializado, en instalaciones de calidad y con la efectividad respectiva (ver anexos IV, cuadro 1). Entre 1990 y 2006, la atención en partos institucionalizados con asistencia de personal sanitario especializado, prácticamente se ha duplicado. Entre los factores que han contribuido a estos logros, pueden mencionarse los siguientes: a) la adopción de una visión más integral en materia de salud.

b) la expansión paulatina de la cobertura de los servicios de salud y la mejora en los niveles de calidad.

c) la mejora gradual en los niveles educativos de la población.

d) el mayor acceso a información.

e) el avance del movimiento en favor de los derechos de la mujer.

Sin embargo, es necesario resaltar que en entornos de pobreza y desigualdad social como Honduras, existen grandes disparidades en el acceso a servicios.

Los datos revelan estas disparidades en el caso del acceso a partos con personal sanitario especializado. Hay grandes disparidades por área geográfica, nivel educativo y nivel de ingresos. En caso del área geográfica, hay una relación de dos a uno en beneficio de las mujeres urbanas, mientras que en el caso de la

educación y el nivel de ingresos, hay una relación de tres a uno. Esto último significa que por cada mujer, con nivel de educación e ingresos bajos, que accede a partos con personal especializado, hay tres mujeres de nivel educativo e ingresos altos que acceden a estos servicios. Así mismo estas disparidades se pueden apreciar en varios países de América Latina.

Un par de conclusiones pueden expresarse de esto último. La primera es que las mujeres de bajos ingresos en Honduras tienen acceso semejante a servicios de profesionales calificados de parto que en países como Bolivia, Perú y Colombia y muy por encima de Haití. En este mismo sentido, puede decirse que las mujeres de altos ingresos en Honduras tienen un acceso semejante y ligeramente superior a otros países de la región en situaciones de parto. La segunda conclusión puede extraerse de comparar el acceso a estos Causas de muertes maternas, regiones en vías de desarrollo, a estos servicios en Honduras según quintil de ingreso. Se observa que alrededor del 30% de las mujeres del primer quintil de ingresos (el más pobre) tienen acceso a los servicios de un médico los que se encuentran a considerable distancia del más del 95% de las mujeres del quinto quintil de ingreso (de ingresos más altos). América Latina y El Caribe.

Mayores logros en materia de acceso a estos servicios, exigen programas y proyectos que puedan reducir las brechas existentes. Este es uno de los grandes desafíos que enfrenta el cumplimiento de la meta relativa a mortalidad materna y el acceso a servicios especializados para el parto<sup>11</sup>.

### **Fortalecimiento de los sistemas de salud basados en atención primaria de salud.**

La OPS y sus Estados Miembros consideran que una estrategia renovada es una condición esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como para abordar las causas fundamentales de la salud y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para hacer de esto una realidad, el Informe de

la salud en el mundo (OMS, 2008a) propone cuatro áreas de reforma basadas en la atención primaria de salud, que incluyen acciones a nivel de:

- **Cobertura universal.** Para lograr reducir las inequidades en materia de salud, todas las personas deben tener acceso a la asistencia sanitaria según sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Los países deben emprender reformas y poner en marcha intervenciones que los lleven hacia el acceso universal y la protección sanitaria social, incluidas iniciativas para ampliar la cobertura a toda la población para un número creciente de servicios y con un gasto de bolsillo que sea cada vez menor.
- **Prestación de los servicios.** Para responder a las necesidades y las expectativas de las personas, la asistencia sanitaria debe “centrarse en las personas”. Los países deben emprender actividades que les permitan organizar y reformar sus servicios de salud a fin de garantizar acceso a atención de calidad a nivel local. Esto incluye el desarrollo de redes integradas de servicios de salud que provean servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que estén dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven. Ejemplos de esta población son la materna e infantil.
- **Políticas públicas.** Muchos de los determinantes más importantes de la salud están fuera del alcance del sector sanitario. Los países deben proseguir políticas públicas transversales e integradas que promuevan la prevención y promoción de la salud, y que garanticen la colaboración intersectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.
- **Liderazgo.** Los sistemas de salud no están avanzando por cuenta propia hacia una mayor justicia, eficiencia y eficacia, por lo que emprender un nuevo rumbo requiere del liderazgo activo. Los gobiernos deben ejercer tal liderazgo al facilitar un diálogo participativo que convoque a todos los sectores, al formar las capacidades institucionales e individuales de liderazgo en relación con la formulación de políticas de salud, y al mejorar la recopilación de información sanitaria para fundamentar el debate de las políticas (OPS, 2007c)<sup>11</sup>.

### **Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)**

La cobertura de la atención prenatal se mide por la proporción de nacimientos que han tenido, por lo menos, una visita postnatal y cuatro visitas prenatales. La atención prenatal forma parte de los requerimientos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 que estableció “el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (Naciones Unidas, 2010a, Cap. VI: 33). La tasa de cobertura de atención prenatal entre 1996 y 2006 experimentó un incremento de 7.5 puntos (Ver en anexo IV, el cuadro 2).

Aunque relativamente alta, la cobertura de la atención prenatal en Honduras se encuentra por debajo del porcentaje promedio de América Latina que fue para América Latina y el Caribe de 94% presentado en 2008 (Naciones Unidas, 2010b:32).

Sin embargo, como muestra el cuadro 3, anexo IV, Honduras se encuentra entre los países en que las mujeres embarazadas reciben 4 o más visitas prenatales. En efecto, Honduras ocupa el cuarto lugar entre los países de América Latina en que las mujeres reciben 4 o más visitas prenatales. En este aspecto, solo es superado por República Dominicana, Perú y Colombia. Sin embargo, hay que subrayar que, al igual que en otros países de América Latina, la atención prenatal coexiste con importantes niveles de morbilidad y maternidad materna e infantil, como se ha visto en el análisis de estas metas.

Existen disparidades en el acceso a servicios de atención prenatal por razones de área geográfica, el nivel educativo y el nivel de ingresos, aunque hay primacía en el acceso a la atención prenatal por parte de las mujeres urbanas, con educación superior y del quintil de mayores ingresos, estas disparidades no son tan marcadas como ocurre con otro tipo de indicadores de acceso a servicios de salud y de desarrollo social en general. Esto debe ser visto como un logro que debe ser relevado, pues habla de una relativa democratización del acceso a este tipo de servicio<sup>11</sup>.

## **Conceptos Básicos.**

Es importante para comprender los comentarios de este trabajo de una mejor manera tener claro algunos conceptos básicos en obstetricia.

**Obstetricia:** Es la ciencia que se encarga del estudio del embarazo, el parto, y el puerperio normal y patológico.

**Parto:** Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un recién nacido y la expulsión de la placenta.

**Parto Distócico o Parto Anormal:** (literalmente “parto difícil o alumbramiento con dificultad”) ocurre cuando hay anomalías anatómicas o funcionales del feto, de la pelvis de la madre, el útero y el cérvix y/o alguna combinación de estos, los cuales interfieren con el curso normal del parto y alumbramiento.

**Parto Eutócico:** Si en la evolución del proceso de parto no se han producido desviaciones fisiológicas (distocias dinámicas por ejemplo)

**Periodos del Parto:** esta etapa del parto puede dividirse en tres etapas:

- Periodo pródromo del parto: es aquel en el que se empiezan a manifestar los primeros síntomas para el comienzo del parto:
- Periodo de dilatación: en el que el cuello del útero se dilata hasta alcanzar los diez cm.
- Periodo expulsivo tercer periodo que termina con la salida completa del feto.

**El trabajo de parto:** el trabajo de parto se describe en términos de posición, situación, actitud y presentación del feto.

**Posición fetal:** Es la relación entre la parte que se presenta, ya sea la cabeza, el hombro, los glúteos o los pies y dos partes de la pelvis materna denominada espaldas del isquion.

**Situación fetal:** es la relación entre la cabeza y el eje del hueso caudal del feto y la cabeza y el eje del hueso caudal de la madre.

**Actitud fetal:** La actitud fetal describe las relaciones entre sí de las diferentes partes del cuerpo del feto.

**La actitud fetal normal:** se conoce como posición fetal donde la cabeza está inclinada sobre el pecho y los brazos y las piernas están doblados y recogidos hacia el centro del pecho.

**Las actitudes fetales anormales:** la cabeza extendida hacia atrás u otras partes del cuerpo extendidas o colocadas detrás de la espalda. Estas actitudes anormales fetales pueden aumentar el diámetro de la parte que se presenta en el momento que pasa a través de la pelvis, lo que incrementa la dificultad del nacimiento.

**Presentación cefálica (primero la cabeza):** La presentación cefálica se considera normal y ocurre en cerca del 97% de los partos. Hay diferentes tipos de presentación cefálica que dependen de la actitud fetal.

**Presentación de nalgas:** La presentación de nalgas se considera anormal y se presenta en cerca del 3% de los partos. Un nacimiento total de nalgas ocurre cuando las nalgas salen en primer lugar y tanto las caderas como las rodillas están flexionadas. Un nacimiento de nalgas natural ocurre cuando las caderas están flexionadas de tal manera que las piernas están completamente estiradas hacia el pecho.

**Presentación de hombros:** El hombro, brazo o tronco pueden salir primero si el feto está en situación transversal y es un tipo de parto que ocurre en menos del 1% de las veces. Este tipo de situación es más común en partos prematuros o múltiples.

**Poli hidramnios y Oligodramnios:** Poli hidramnios, es el aumento exagerado del líquido amniótico, lo que favorece la motilidad permanente y algún vicio de

posición del feto. Oligohidramnios, es la disminución marcada del líquido amniótico, lo que dificulta la movilidad del feto.

**Sufrimiento fetal:** Situación fetal que, de continuar, puede conducir a una lesión del feto o a su muerte intraparto o neonatal. Sucede por una privación de oxígeno.

**Prolapso de cordón:** Cordón por delante de la presentación con membranas rotas. Pro cúbito y laterocidencia.

**Puerperio:** Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Puerperio inmediato desde el parto hasta las primeras 24 horas. Puerperio intermedio hasta los 10 días. Puerperio tardío hasta los 40 días o la primera menstruación.

**Loquios:** Pérdidas vaginales de sangre tras el parto.

**Amamantar:** Alimentación con leche materna del recién nacido.

**Episiotomía:** Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

**Parto Pre término:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37semanas de gestación.

**Parto Con Producto Inmaduro:** Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27semanas.

**Parto Con Producto Prematuro:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37semanas de gestación.

**Parto Con Producto A Término:** Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41semanas de gestación.

**Parto Con Producto Postérmino:** Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

**Nacimiento:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

**Inducción del Trabajo de Parto:** la inducción del parto consiste en el inicio del parto de forma artificial. Se pueden romper las membranas anticipadamente con el fin de estimular el desencadenamiento del parto, al tiempo que se administran a la madre determinadas hormonas, oxitocina o prostaglandinas, para estimular las contracciones.

**Conducción del Trabajo de Parto:** es el procedimiento en el que se realizan algunas maniobras para la expulsión del producto.

**Cesárea:** procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto. La operación se realiza bien con anestesia epidural o general.

**Recién Nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**Recién Nacido Vivo:** Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardíacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

**Mortinato o Nacido Muerto:** Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo

de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

**Recién Nacido Con Bajo Peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

**De Bajo Peso (Hipotrófico):** •Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

**De Peso Adecuado (Eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

**De Peso Alto (Hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

**Lactancia Materna Exclusiva:** La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

**Lactancia Materna Mixta:** La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.

**Alojamiento Conjunto:** La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz, permanente y la lactancia materna exclusiva.

**La Placenta Previa:** Es un fenómeno producido durante el desarrollo del embarazo en el que la placenta se implanta en la porción inferior de útero, a nivel del cuello, generando una complicación durante el parto al impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel. La clasificación de la Placenta previa puede ser: completa, La placenta obstruye toda ella la salida del feto; incompleta, la placenta obstruye parcialmente esta salida; periférica La placenta se implanta a este nivel permitiendo la salida fetal.

**Pre eclampsia:** se desarrolla luego de la vigésima semana de embarazo, provoca altos niveles de presión sanguínea.

**Eclampsia:** esta enfermedad se caracteriza por presión arterial alta, dolor de cabeza, edemas de miembros inferiores y en ocasiones generalizado, salida indiscriminada de proteínas en la orina, hinchazón de la cara y el cuerpo y convulsiones que pueden llevar a la muerte<sup>1</sup>.

### **Calidad.**

Según la real academia de la lengua la definición de calidad es: “la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.<sup>8</sup>

El primer paso que se hace necesario llevar a cabo para poder determinar la esencia del concepto calidad que ahora nos ocupa es establecer su origen etimológico. En este sentido, tenemos que subrayar que el mismo se encuentra en la palabra latina *qualitas*, la cual a su vez procede del griego y más en concreto del término *ποιότης*.

Las cualidades y particularidades típicas de algo se resaltan a partir del concepto de calidad, una noción que se utiliza al realizar comparaciones entre elementos pertenecientes a una misma especie. Cabe resaltar que la definición de calidad, por el carácter subjetivo de su acepción, no suele ser precisa.

Existen múltiples perspectivas útiles a la hora de abordar el concepto de calidad. Si nos referimos a un producto, la calidad apunta a lograr una diferenciación de tipo cualitativo y cuantitativo en relación a algún atributo requerido. En cuanto al usuario, la calidad implica satisfacer sus expectativas y anhelos. Esto quiere decir que la calidad de un objeto o servicio depende de la forma en que éste consiga cubrir las necesidades del cliente. También puede decirse que la calidad consiste en añadir valor al consumidor o usuario.

Por tanto, partiendo del uso de calidad como sinónimo de excelencia, tenemos que determinar que en la actualidad es frecuente utilizar las expresiones “sello de calidad” o “marca de calidad”. Con ambas lo que se consigue, básicamente en el

ámbito de la alimentación”, es determinar que una serie de alimentos cuentan con las mejores propiedades que los convierten en productos exquisitos y que se diferencian de sus competidores precisamente por aquellas.

Las tecnologías de la información, por su parte, hablan de la calidad de datos al momento de comprobar que la información recopilada, procesada, conservada y entregada es un fiel reflejo de la realidad.

La buena calidad de un producto o servicio se encuentra condicionada por tres cuestiones básicas:

- la perspectiva técnica (que abarca los detalles científicos y tecnológicos relacionados al producto en cuestión).
- la dimensión humana (la cual busca promover un vínculo positivo entre clientes y entidades empresariales).
- la dimensión económica (que busca reducir los costos, tanto para la compañía como para el consumidor).

Otros aspectos importantes en materia de calidad son la cantidad justa del producto que se comercializa, la agilidad en su distribución y su precio concreto.

Para garantizar la calidad de un producto, existen normas o pautas que funcionan como reglas a seguir. Aunque cada empresa cuenta con normas internas, hay otras que son obligatorias de acuerdo a lo estipulado por las leyes. No obstante, también hay que subrayar que el término de calidad va asociado de manera inherente a otras palabras con las que ha llegado a formar expresiones de uso muy frecuente en nuestra sociedad. Este sería el caso, por ejemplo, de lo que se conoce con el nombre de “calidad de vida” que viene a traducirse como todo aquel conjunto de dispositivos o de actuaciones que consiguen que un individuo o una colectividad cuenten con los requisitos necesarios para disfrutar de un día a día mucho más agradable y cómodo.<sup>9</sup>

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **Tipo de estudio.**

Estudio cuantitativo, descriptivo, sobre la situación de parto institucional de las mujeres de las comunidades de Planes de La Nueva Esperanza y San Antonio de la Libertad, en la cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras durante el 2014.

El área de estudio abarca parte de la zona rural de la ciudad de Comayagua, en la cordillera de Montecillos. En la zona en estudio existe un centro de salud, la UPS de Portillo de las Moras, además se encuentran los proyectos de farmacias comunitarias en las comunidades de San Antonio de la Libertad y Planes de la Nueva Esperanza, dichos proyectos auspiciados por fondos externos; la totalidad de la población acude a estos centros asistenciales para recibir atención en salud de parte de enfermeras(os) auxiliares o trabajadores(as) de la salud debidamente capacitados.

### **Universo.**

Comprende a todas las mujeres embarazadas de las comunidades correspondientes al área de influencia del centro de salud antes mencionado, siendo así que la población en estudio fue de 74 mujeres.

### **Marco Muestral.**

Estuvo constituido por los centros de salud de las comunidades de: San Antonio de la Libertad, Planes de la Nueva esperanza (ver ubicación de las UPS en estudio en Anexo V). Los criterios de selección de los centros mencionados fueron los siguientes:

- a) Representatividad (abarca el mayor número de mujeres de las áreas de influencia de la zona en estudio).
- b) Modalidad del servicio de salud: ofrecen servicios diurnos, matutinos únicamente, servido por personal básico de salud, las mujeres en trabajo de parto deben acudir a las parteras comunitarias o al Hospital Regional Santa Teresa y no al personal antes mencionado.
- c) Accesibilidad: Están distribuidos de forma equidistante y permite accesibilidad a ellos de la mayoría de las aldeas y caseríos de las áreas de influencia, pero la accesibilidad al hospital regional es bastante remota, aunque hay calles de acceso, el estado de las mismas es la mayor parte del año regular o malo, el pago de un vehículo es costoso y difícil, pero las parteras profesionales se encuentran ubicadas en las comunidades y son más accesibles.
- d) No existe una cooperación entre los dueños de vehículos y las UPS o farmacias comunitarias que permita a las familias de bajos ingresos acceder a un viaje de emergencia al hospital regional.

**Muestra:**

La muestra corresponde al total del universo, las cuales se tomaron de las comunidades de San Antonio de la Libertad, Planes de la Nueva Esperanza y aldeas aledañas, que acuden a las clínicas comunitarias de dichas poblaciones y además al centro de salud del Portillo de las Moras, unidad de la cual dependen directamente.

## **Unidad De Análisis.**

Las mujeres embarazadas de las UPS seleccionadas en la Montaña de Montecillos.

## **Unidad de Observación**

El entorno de los centros de salud seleccionados: área de entrada y salida, área de atención prenatal, casas donde viven las parteras comunitarias y además as casas donde se dan los partos domiciliarios, también se observa la sala de emergencia y de labor y parto del hospital Santa teresa.

## **Variables**

A continuación se presentan las variables de estudio acorde a cada uno de los objetivos específicos, cuya operacionalización se presenta en Anexo I.

-Características socio-geográficas y económicas:

- Edad
- Procedencia
- Residencia
- Número de hijos
- Centro de salud al que asiste.
- Trabaja
- Ingresos

. -Accesibilidad para las embarazadas en estudio, al servicio de parto institucional en el Hospital de Comayagua:

- Distancia desde sus casas hasta el hospital.
- Tiempo para llegar al hospital.
- Uso del servicio de parteras locales.
- Costo económico en transporte.
- Costo en estadía.

- Información reciben las embarazadas en estudio, acerca del parto institucional y de las complicaciones, al no hacer uso de este servicio; en sus Unidades Productoras de Salud locales:

- Durante el control prenatal.
- Charlas educativas.
- Información para exámenes de laboratorio.
- Reconocimiento de las complicaciones de un parto domiciliario.

- Grado de satisfacción de las embarazadas en estudio, según experiencia previa al parto institucional:

- Trato que recibieron.
- Emergencia.
- Labor y parto.
- Puerperio.
- Respeto a la privacidad.
- Respeto a la intimidad.
- Satisfacción al egreso.

### **Criterios de selección, inclusión y exclusión.**

Las mujeres embarazadas seleccionadas son las que pertenecen al área de influencia de los centros de salud antes mencionados.

El criterio de inclusión fue que tuvieran por lo menos la experiencia de un parto en los centros seleccionados. Se incluyen a las mujeres que hayan tenido un solo parto en su vida independientemente del lugar que haya sido, además se incluyen a las mujeres que presenten antecedente de óbito fetal o de muerte perinatal u otra complicación perinatal materno-fetal; pero es vital que la mayoría pueda tener una experiencia en ambos lugares institucional y domiciliario.

Quedarán excluidas aquellas mujeres que no cumplieran con los criterios antes mencionados.

### **Fuentes y obtención de datos.**

La fuente primaria fueron todas las mujeres entrevistadas. Los datos se obtuvieron mediante entrevista directas aplicadas por el investigador. Además se utilizaron algunas fuentes secundarias como informes del área de salud, la Región Sanitaria de Salud y el personal de salud de las USO en estudio.

### **Técnicas e instrumentos**

Se aplicaron entrevistas estructuradas con preguntas cerradas, con alternativas de respuestas y pre codificado. Para esto se elaboró un cuestionario estructurado (Ver Anexo III).

### **Procesamiento De Datos.**

Se Utilizó EPI-INFO 3.5.4 y se elaboraron tablas de frecuencia simple y porcentajes. Para la redacción de datos se utilizó el sistema operativo Word 2010, para Windows 7.

### **Análisis De Datos.**

El análisis se realizó a partir de frecuencias simples, que permitieron establecer las diferencias encontradas en los dos centros seleccionados, también se realizaron los siguientes cruces de variables:

1. Conocimiento de las complicaciones del parto domiciliario y el hacer mención de una de estas complicaciones.
2. Charlas educativas y Preferencia del uso de Parteras.
3. Respeto de la privacidad en el parto institucional y preferencia de uso de parteras.
4. Satisfacción al egreso del hospital y uso de parteras locales.
5. Ingresos familiares y costos de transporte o estadía.
6. Tiempo de traslado al hospital y atención del parto institucional.

### **Trabajo De Campo.**

Se solicitó autorización verbal a la organización encargada de los centros seleccionados, para realizar las entrevistas a las mujeres. Además, se establecieron coordinaciones con el enlace de la organización norteamericana encargada de estos centros. A cada grupo de mujeres se les explicó el propósito del estudio, se pidió voluntarias, que llenaran los requisitos para el estudio.

Las entrevistas se realizaron en los centros de salud o en centros comunitarios donde se reunieron a otras actividades, por parte del investigador, en varias

sesiones que duraron dos semanas por las mañanas. Estas se realizaron sin previo aviso a las mujeres.

No se encontró el caso de ninguna mujer que se negara a contestar alguna pregunta del cuestionario, por el contrario, prestaron mucha cooperación.

### **Aspectos Éticos.**

A las mujeres entrevistadas que participaron en el estudio se les informó acerca de la investigación, para que su participación fuera de forma consciente, y de carácter voluntario. Se hizo énfasis en la privacidad y confidencialidad de los datos que suministraron en la entrevista y que solo se utilizaron para los fines del estudio.

## VIII. RESULTADOS.

### 8.1. Características geográficas y económicas.

- El rango de edad de las mujeres en estudio oscilo entre los 15 años y los 44 años de edad, siendo los 23 años las más frecuentes con un 8% (6 de 74) y en segundo plano las mujeres de 20, 27 y 28 años con un 7% (5 de 74). (Ver Anexo VI, Tabla No. 1).
- El 100% (74 de 74) de las mujeres eran residentes de la montaña de montecillos, pero solo 47% (35 de 74) son procedentes de la misma región. (Ver Anexo VI, Tabla No. 5).
- La mayor frecuencia de rango de número de hijos es entre 1 a 4 hijos, distribuidos de la siguiente manera, según su porcentaje de mayor a menor: 27% (20 de 74) tienen 2 hijos, 19% (14 de 74) tienen 4 hijos y el 15% (11 de 74) tienen 1 y 3 hijos respectivamente. (Ver Anexo VI, Tabla No. 1).
- Para el 66% (49 de 74) la accesibilidad a sus controles prenatales en su centro de salud es difícil. (Ver Anexo VI, Tabla No. 2).
- El 96% (71 de 74) de las mujeres encuestadas no trabajan fuera de sus casas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 3).
- El 93% (69 de 74) tienen ingresos familiares menores al salario mínimo y solo un 7% (5 de 74) iguales al mismo. (Ver Anexo VI, Tabla No. 6).
- Del cruce de las variables costos por estadía en el Hospital e ingresos según el salario mínimo, encontramos que de las 69 mujeres (100%) antes

mencionadas, un 68% (47 de 69) refieren requerir más de 1,500 lempiras para costear su estadía en el hospital; un 23% (16 de 69) requieren de entre 500 a 999 lempiras, y tan solo un 9% (6 de 69) requieren entre 1,000 a 1,499 lempiras. (Ver Anexo VI, Tabla No. 44).

## **8.2. Accesibilidad para las embarazadas al parto institucional en el hospital de Comayagua.**

- Para el 59.5% (44 de 74) la distancia hasta el hospital está entre los 11 a 19 Kilómetros, un 23% (17 de 74) mayor a los 20 kilómetros, y el resto a menos de 10 kilómetros o sea 17.6% (13 de 74). (Ver Anexo VI, Tabla No. 7).
- En relación al tiempo que tardan en llegar desde su casa al hospital el 57% (42 de 74) tardan entre 2 a 4 horas y el 43% (32 de 74) tardan de 1 a 2 horas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 8).
- Al cruzar la Variable tiempo de traslado y Parto institucional, encontramos que de las 32 mujeres (100%) que tardan de 1 a 2 horas, el 84% (27 de 32) prefieren el parto institucional; pero de las 42 mujeres (100%) que tardan de 2 a 4 horas en llegar al hospital, 57% (24 de 42) prefieren el parto institucional. (Ver Anexo VI, Tabla No. 45).
- Para el 51% (38 de 74) los costos de transporte oscilan entre los 1,001 a 1,499 lempiras, el 46% (34 de 74) entre 500 a 1,000 lempiras y solo un 3% (2 de 74) mayor a 2,500 lempiras por viaje hasta el hospital. (Ver Anexo VI, Tabla No. 10).
- En relación a los costos por estadía en el hospital el 66% (49 de 74) presentan gastos mayores a 1,500 lempiras, el 23% (17 de 74) gastos entre

los 500 a 999 lempiras y un 11% (8 de 74) entre los 1,000 a 1,499 lempiras. (Ver Anexo VI, Tabla No. 11).

- El 61% (45 de 74) prefieren el uso del parto institucional y un 39% (29 de 74) el uso de parteras locales. (Ver Anexo VI, Tabla No. 9).
- En el cruce de variables entre la recepción de información sobre el uso del parto institucional y el uso de parteras se encontró que de las 46 mujeres (100%), que dijeron haber recibido información sobre el parto institucional, 48% (22 de 46) preferían hacer uso de parteras locales; así también de las 28 mujeres (100%), que dijeron no haber recibido información sobre el parto institucional, 75% (21 de 28) de ellas prefieren hacer uso del parto institucional. (Ver Anexo VI, Tabla No. 41).

### **8.3. Información recibida por las embarazadas en estudio, de las complicaciones al no asistir al parto institucional, de parte de las unidades productoras de salud.**

- El 62% (46 de 74) de las mujeres en estudio recibieron información de las complicaciones de no asistir al parto institucional.
- Si la embarazada comenzara a sangrar el 72% (53 de 74) irían al hospital, el 16% (12 de 74) irían al centro de salud y un 12% (9 de 74) acudirían a la partera. (Ver Anexo VI, Tabla No. 13).
- Si el bebe dejara de moverse un 65% (48 de 74) irían al hospital, un 22% (16 de 74) al centro de salud y un 13% (10 de 74) irían a la partera local. (Ver Anexo VI, Tabla No. 14).

- En relación a donde recibió la información un 53% (39 de 74) la recibieron en su centro de salud, un 34% (25 de 74) no han recibido ninguna información, y el resto lo han recibido en otros centros de salud o por otras fuentes. (Ver Anexo VI, Tabla No. 15).
- El 65% (48 de 74) se han hecho exámenes generales de laboratorio. (Ver Anexo VI, Tabla No. 17).
- Un 74% (55 de 74) no se han realizado un ultrasonido obstétrico. (Ver Anexo VI, Tabla No. 18).
- Apenas el 58% (43 de 74) si conocen las complicaciones de un parto domiciliario. (Ver Anexo VI, Tabla No. 16).
- Del 58% antes mencionado, un 22.5% (9 de 43) contestaron desconocer cuales eran estas complicaciones al momento de pedirles que mencionaran una de ellas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 40).
- Cuando se realizó el cruce de variable de lo anteriormente descrito y las que decían si saber las complicaciones del parto domiciliario se encuentra que un 54% (40 de 74) realmente no conocen las complicaciones del parto domiciliario. (Ver Anexo VI, Tabla No. 40).

#### **8.4. Grado de satisfacción de las embarazadas en estudio, según experiencia previa, al parto institucional.**

- A su paso por la emergencia del hospital un 57% (42 de 74) refieren haber sido bien tratadas, 26% (19 de 74) regularmente tratadas, 16% (12 de 74)

mal tratadas y un 1% (1 de 74) pesimamente tratadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 19).

- El 53% (39 de 74) de las mujeres refieren que si les notificaron sobre la situación de su proceso de labor y parto en la emergencia. (Ver Anexo VI, Tabla No. 20).
- Un 51% (38 de 74) no sabían cuando debían de regresar a la emergencia después de ser evaluadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 21).
- Durante su estadía por sala de labor el 53% (39 de 74) refieren haber sido bien tratadas, 31% (23 de 74) regularmente tratadas, 16% (12 de 74) mal tratadas y un 0% (0 de 74) pesimamente tratadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 22).
- Al 65% (48 de 74) mujeres si les explicaban como estaba su situación de labor. (Ver Anexo VI, Tabla No. 23).
- A un 62% (46 de 74) se les aviso oportunamente de su traslado a sala de parto. (Ver Anexo VI, Tabla No. 24).
- A su paso por la sala de parto un 59% (44 de 74) refieren haber sido bien tratadas, 21% (16 de 74) regularmente tratadas, 18% (13 de 74) mal tratadas y un 1% (1 de 74) pesimamente tratadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 25).
- El 61% (45 de 74) de las mujeres se sintieron apoyadas por el personal hospitalario en la sala de parto. (Ver Anexo VI, Tabla No. 26).
- Al 53% (39 de 74) si se les explico de la salud de su bebe mientras transcurría el parto. (Ver Anexo VI, Tabla No. 27).

- Durante su estadía en la sala de Puerperio un 61% (45 de 74) refieren haber sido bien tratadas, 34% (25 de 74) regularmente tratadas, 5% (4 de 74) mal tratadas y un 0% (0 de 74) pesimamente tratadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 28).
- Al 84% (62 de 74) se les motivo a realizar apego precoz de su bebe. (Ver Anexo VI, Tabla No. 29).
- A un 88% (65 de 74) no se les permitió la estadía de un acompañante en la sala de puerperio. (Ver Anexo VI, Tabla No. 30).
- Referente a la privacidad el 80% (59 de 74) refieren que si se les respeto la misma. (Ver Anexo VI, Tabla No. 31).
- Un 61% (45 de 74) refieren que no anduvieron desnudas a su paso por el hospital. (Ver Anexo VI, Tabla No. 32).
- El 66% (49 de 74) refieren que si les pedían permiso para ser evaluadas vaginalmente en su proceso de parto. (Ver Anexo VI, Tabla No. 33).
- Del cruce de variables entre el respeto a la privacidad y el uso de parteras se encontró que de las 59 mujeres (100%), que respondieron haber sido respetadas, sólo el 32% (19 de 59), prefieren a una partera. En cambio de las 15 mujeres (100%), que respondieron no haber sido respetada su privacidad el 67% (10 de 15) preferirían acudir a una partera. (Ver Anexo VI, Tabla 42).
- En relación a si fue respetada su creencia religiosa el 99% (73 de 74) dicen que si fueron respetadas. (Ver Anexo VI, Tabla No. 34).

- Un 97% (72 de 74) refieren no haberse sentido juzgadas por parto y creencia religiosa. (Ver Anexo VI, Tabla No. 35).
- En relación al grado de satisfacción al salir del hospital el 69% (51 de 74) mujeres refieren si sentirse satisfechas con el trato recibido en el hospital. (Ver Anexo VI, Tabla No. 36).
- Al cruzar la variable satisfacción al egreso y uso de parteras, encontramos que de las 51 mujeres (100%), que se sintieron satisfechas a su egreso, un 20% (10 de 51) prefieren hacer uso de las parteras. Pero de las 23 que no se sintieron satisfechas a su egreso un 83% (19 de 23) si prefieren ser atendidas por parteras. (Ver Anexo VI, Tabla No. 43).
- El 90% (67 de 74) si sabían dónde acudir al ser despachadas del hospital. (Ver Anexo VI, Tabla No. 37).
- El 51% (38 de 74) no recibieron información sobre las complicaciones por las cuales debía de regresar al hospital. (Ver Anexo VI, Tabla No. 38).
- El 74% (55 de 74) de las mujeres se sintieron apoyadas por el personal hospitalario que la atendió. (Ver Anexo VI, Tabla No. 39).

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

La población de mujeres embarazadas se encuentran entre un amplio margen de edad ya que están oscilando entre los 15 años y 44 años, siendo la mayor concentración a los 23 años, un grupo de población económicamente activa. Además se observó que todas estas mujeres ya tienen más de un hijo, lo que ayuda a pensar que hay una experiencia previa sobre el parto.

El total de la población es propia de las comunidades seleccionadas en la cordillera de Montecillos, las distancias que recorren hasta el hospital son caminos de herradura difíciles de transitar y las distancias que hay hasta el hospital en dos tercios de las entrevistadas es de 11 a 19 kilómetros y un cuarto de ellas mayor a los 20 kilómetros. Esto también condiciona el tiempo de traslado en la mayoría este entre las 2 a 4 horas, haciendo que poco más de la mitad de estas prefieran el parto domiciliario por esta causa.

Ante la cuestionante, de si conoce las complicaciones de un parto domiciliario, dos tercios de la población refieren si conocer las complicaciones de un parto domiciliario, pero al pedirles mencionar una de estas complicaciones, un cuarto de la población que dijo si conocerlos, no pudieron dar respuesta; al catalogarlo como desconocido, la población que no conoce las complicaciones aumento a poco más de la mitad.

Dos tercios de la población recibió información sobre las complicaciones de no hacer uso del parto institucional, pero lamentablemente la mitad de ellas desconocen las complicaciones del parto domiciliario.

Se observa que la inmensa mayoría de la población está por debajo del salario mínimo de ingreso, y ya que la mitad de ellas requieren entre los 1,000 a 2,500 lempiras para trasladarse hasta el hospital y necesitan, dos tercios de ellas, más de 1,500 lempiras para gastos de estadía, estos dos factores podrían desmotivar al parto institucional. Los costos diarios por persona en comida, albergue y otros de necesidad podrían andar en 400 lempiras por cada uno, aunado a gastos de pago de ingreso al hospital, compra de ropa para el bebe, medicinas y otros gastos varios, hace más creíble el hallazgo antes descrito.

Para la mayoría de la población el tiempo que se toma llegar al hospital está entre las 2 a 4 horas, dos tercios de la misma afirmaron esta respuesta; esto suma otro factor que podría ser un desmotivador más al servicio del parto institucional.

Del total de la población en estudio dos tercios de la misma refieren preferir asistir al parto institucional, esto es compatible con lo descrito por la ENDESA 2011-2012, la cual describe que el grado educacional y el estar en quintiles inferiores de la economía hace disminuir aún más el uso de este servicio.

En relación al trato recibido por las usuarias del servicio de emergencia poco más de la mitad de ellas refieren haber sido bien tratadas, pero al realizar preguntas específicas de este trato se observa que la mayoría desconocían en que momento debían regresar a la emergencia, por lo que se puede concluir que el trato a este nivel fue regular.

En sala de labor la mitad de las usuarias refieren haber recibido un buen trato, esto es compatible con las preguntas específicas ya que confirman dicho hallazgo. Igualmente en sala de parto dos tercios de la población sienten haber sido bien tratadas lo cual fue confirmado con las preguntas complementarias.

Ya en sala de puerperio el trato se continúa percibiendo como bueno, en dos tercios de la población, pero aquí las preguntas complementarias hacen percibir un mejor trato que en los anteriores servicios, es esta sala, de la cual se obtenían mejores comentarios de las participantes.

Para tres cuartos de la población en estudio, es real el haber sido respetada su privacidad a su paso por los diferentes servicios, pero aún hay una brecha de un cuarto de la población que han sido irrespetados de alguna manera, ya sea andando desnudos por los servicios, o no solicitando permiso al momento de ser evaluada en su intimidad. Esto se vuelve preocupante si recordamos que nuestra dignidad no está dada por nuestra posición dentro de la sociedad, sino por el simple hecho de ser hijos de Dios.

## **X. CONCLUSIONES:**

1. Dentro de los factores geográficos y económicos obtenidos en las mujeres embarazadas en estudio, encontramos que: la mayoría nacieron en estas comunidades sin embargo, un tercio de ellas proceden de comunidades lejanas, se encuentran en un grupo de edad económicamente activa pero la mayoría no tiene ocupación remunerable y por lo que casi en la totalidad de las mismas, los ingresos familiares son menores al salario mínimo.
2. En relación a la accesibilidad, lo de mayor importancia es: la distancia y el tiempo para trasladarse hasta el hospital, se pudo confirmar que estos dos factores influyen la percepción de no hacer uso del parto institucional; además, para tres cuartas partes de la población la accesibilidad al control prenatal en su centro de salud es difícil. También se constató que los costos por transportación y estadía hospitalaria tienden a condicionar el no uso del parto institucional.
3. En lo referente a la información sobre el hacer uso del parto institucional diremos: que la mayoría, dos tercios de la población, conocen de estas complicaciones e irían al hospital de inmediato en caso de tenerlas, pero que lamentablemente poco más de la mitad de las encuestadas desconocen las complicaciones de un parto domiciliario, al interrogarlas no parecían seguras de su respuesta, por lo que la información que reciben no es comprendida adecuadamente o es mal transmitida; también se pudo notar que la mitad de las mujeres que recibieron información sobre parto institucional, seguían prefiriendo hacer uso de parteras locales.
4. Al valorar el grado de satisfacción de las mujeres al parto institucional se encontró: que tres cuartos de la población se sintieron satisfechos a su egreso del hospital, en los diferentes servicios hospitalarios la percepción del trato es buena para poco más de la mitad de las encuestadas, la sala donde

mejor se sintieron fue en puerperio y la sala donde peor se sintieron fue en la de parto; se encontró que tres cuartas partes de las mujeres a las que no se les respeto su privacidad prefieren el uso de parteras, lo cual se corresponde con las mujeres que no se sintieron satisfechas a su egreso.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

### **11.1. Al Director de la Región de Salud de Comayagua.**

- Es de vital importancia para esta regional, el velar que la información brindada a las mujeres embarazadas en general, sea la suficiente, oportuna y veraz, en particular de la zona en estudio, con esto evitaremos muchas complicaciones.
- Se sugiere la apertura a la idea de la creación de clínicas maternos en las zonas montañosas de nuestra regional, para mejorar el acceso al parto institucional de la población.
- Se sugiere la creación de una escuela de enfermeras profesionales parteras, las cuales podrían hacerse cargo de las clínicas maternos al igual que se hace en otros países desarrollados.
- Girar las órdenes correspondientes para que las mujeres que acuden a controles prenatales, de las zonas más alejadas del centro de salud, sean atendidas, independientemente de la hora de llegada al centro o del trabajo que se tenga en el mismo.

### **11.2. Al Director del Hospital Santa Teresa de Comayagua.**

- Se podría implementar un sistema de capacitación del personal del área de la emergencia, labor, parto y puerperio del hospital, orientado a relaciones interpersonales y trato al cliente, estas capacitaciones tienen un buen impacto sobre el personal y al ser solicitadas al INHFOP, hace que los costos sean mínimos.

- Brindarle importancia a esos porcentajes, que aunque parecen bajos, revelan los aspectos negativos del trato y la satisfacción de las usuarias del servicio, pero que causan un impacto tremendo en la población usuaria, dentro de la cual podría estar el secreto de la reducción de la mortalidad materno-infantil.
- Gestionar apropiadamente con las autoridades gubernamentales o no gubernamentales, la posibilidad de crear un proyecto de mayor sostenibilidad y expansión del albergue ya existente, que le permita a las mujeres de más lejos poder minimizar sus costos por estadía en el hospital, previo al parto institucional.

#### **11.3. Al Señor Alcalde Municipal de la Ciudad de Comayagua.**

- Se conocen las dificultades que las municipalidades enfrentan en relación a presupuesto, pero también conocemos de la buena voluntad de nuestra población, como autoridad y gestor de la misma, se recomienda la formación de grupos de vigilancia por zonas, que estén pendientes de brindarle mantenimiento a las calles de la aldeas y así, darle sostenibilidad a la reparación de las mismas.

#### **11.4. Al personal de los Centros de Salud de las comunidades seleccionadas en la cordillera de Montecillos.**

- Se les recomienda ser más diligentes con las mujeres que asisten a sus controles de embarazo y viene de comunidades más lejanas, ya que ellas caminan grandes distancias y sus cuerpos están bajo un alto gasto metabólico, con solo el hecho de su preñez.

- Asegurarse de que las embarazadas reciben y comprenden, la información que se les brinda en relación a las complicaciones que puede tener cada una de ellas durante el proceso de parto.
- Gestionar con la comunidad médica de Comayagua, el que las mujeres pobres de sus centros, puedan recibir algunos beneficios en caso de requerir interconsultas, durante su proceso de embarazo y parto.

#### **11.5. Al Director de La Virginia Medical Bridage.**

- Considerar el poder expandir el proyecto de farmacias rurales en aldeas remotas, con la formación de enfermeras parteras profesionales, salidas de las mismas comunidades, esto vendría a llenar un gran vacío de salud en estos sitios.
- Se recomienda que este proyecto pueda ser vigilado por un médico que le dé continuidad a la formación, así como completa sintonía con las autoridades de salud nacionales.

#### **11.6. A los diferentes comités y líderes de las comunidades seleccionadas.**

- Se le sugiere la creación de un fondo común, debidamente regulado y fiscalizado, que le permita a las mujeres extremadamente pobres, el ser trasladadas al servicio de parto institucional.
- Gestionar a través de las personas que tiene vehículos, el club de amigos de las embarazadas, el cual estará, de manera voluntaria, al servicio de la comunidad, especialmente de las embarazadas que requieran traslado al parto institucional.

- Entrar en dialogo con las autoridades municipales, para la formación de equipos que puedan oportunamente, mantener las reparaciones hechas a las carreteras y así, facilitar las salidas de emergencia que las pacientes presentan.

**11.7. A todas las mujeres embarazadas y a las que el futuro, pudiesen estarlo.**

- Exijan en sus centros de salud, se les hable sobre las complicaciones que pueden tener, en caso de no asistir al parto institucional.
- No se dejen llevar por lo que dicen que pasa al ir al hospital, no tengan miedo de asistir al parto institucional, es la forma más segura de evitar las complicaciones materno-infantiles durante el parto.
- Desde el momento que sepan que están embarazadas, comiencen a ahorrar, el total de días de un embarazo son 280, si se depositan 5 lempiras diarios son 1,400 lempiras al final, esto les ayudara enormemente.

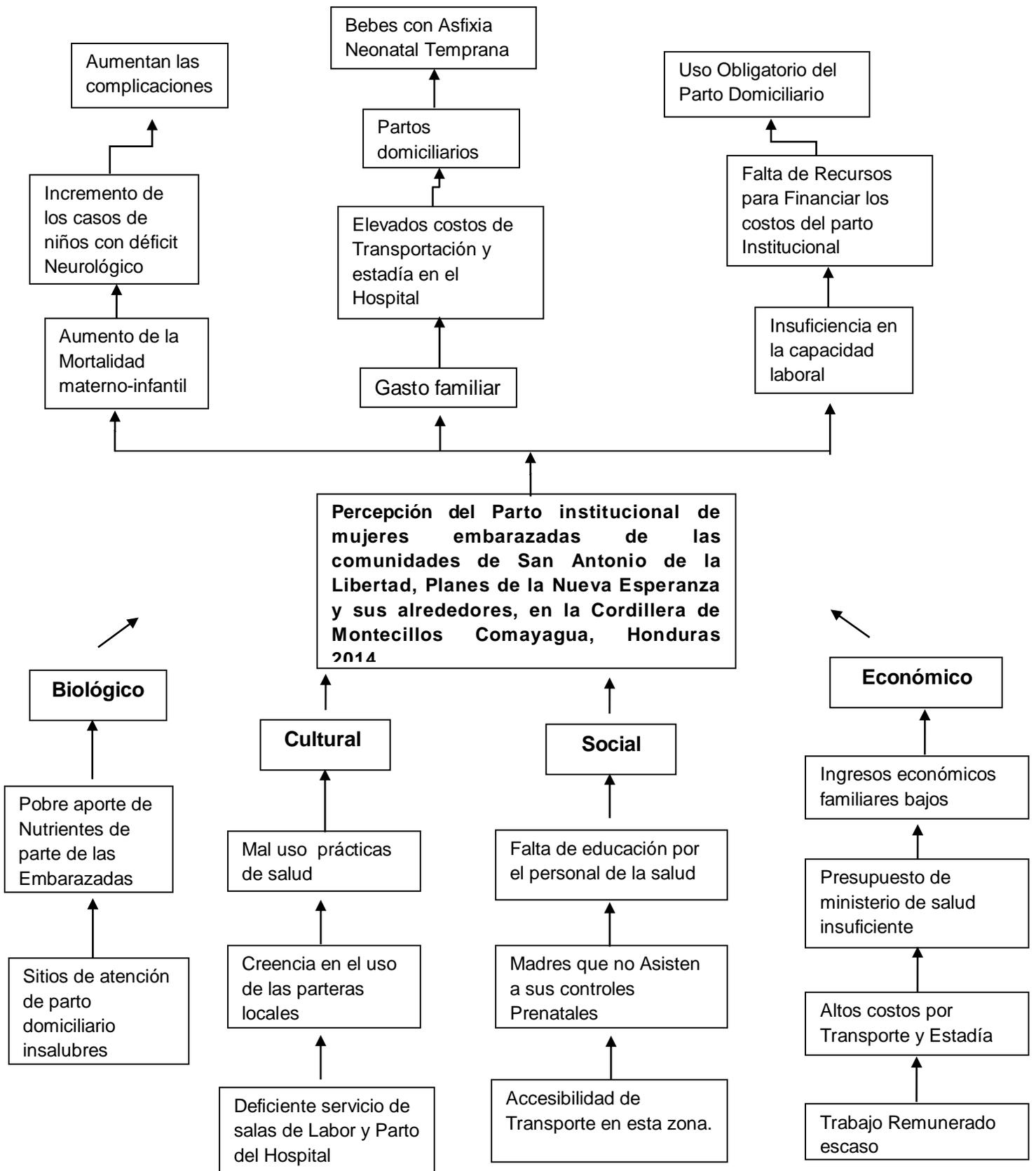
## XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Conceptos Básicos de Obstetricia – Scribd  
es.scribd.com/doc/2946663/Conceptos-Básicos-de-Obstetricia  
Conceptos Básicos de Obstetricia. Nosología de Obstetricia.
2. Convenio de financiación entre la Comunidad Europea y la República de Honduras. Apoyo al plan de nación. dci-ala/2008/019-893. Informe 2011 de condiciones específicas para el desembolso del segundo tramo variable. Pag. 7-8.
3. Documento del Banco Interamericano de Desarrollo Honduras, (HO-G1001) Evaluación Económica Ex Ante INICIATIVA DE SALUD MESOAMERICANA 2015 Julio de 2011. M. Claudia Brun.
4. Encuesta Nacional De Demografía Y Salud, ENDESA 2011-2012, República De Honduras Secretaría Del Despacho De La Residencia, Instituto Nacional De Estadística, Secretaría De Salud, Icf International. Calverton, Maryland, EEUU, Mayo 2013
5. Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas, Nueva York, Septiembre de 2010, Pag. 4.
6. Guía Para la Implementación de la Atención Integrada Materna y Neonatal Calificada en los Servicios Institucionales de Atención del Parto (Hospitales, CAIMI, CAP y Maternidades) pag. 12.
7. <http://www.tusalario.org/honduras/portada/salario/salario-minimo>
8. [https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbuscon.rae.es%2Fdrae%2Fsrv%2Fsearch%3Fval%3Dcalidad&ei=3SPfVLGCOMyZNoWqgsAE&usg=AFQjCNFSq1zj4-qPcYV854oiZH\\_7XdqQOg](https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbuscon.rae.es%2Fdrae%2Fsrv%2Fsearch%3Fval%3Dcalidad&ei=3SPfVLGCOMyZNoWqgsAE&usg=AFQjCNFSq1zj4-qPcYV854oiZH_7XdqQOg)

9. [https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cad=rja&uact=8&ved=0CEgQFjAI&url=http%3A%2F%2Fdefinicion.de%2Fcalidad%2F&ei=bCbfVOOLG8qINr\\_6gsAE&usg=AFQjCNGM MdxpM9yG6H95oNQxVFARTclkTw](https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cad=rja&uact=8&ved=0CEgQFjAI&url=http%3A%2F%2Fdefinicion.de%2Fcalidad%2F&ei=bCbfVOOLG8qINr_6gsAE&usg=AFQjCNGM MdxpM9yG6H95oNQxVFARTclkTw)
10. Mapa De Aldeas y Caseríos Del Municipio De Comayagua, Base Cartográfica Catastro Municipal de Comayagua, año 2012.
11. Objetivos de Desarrollo del Milenio 3er. Informe 2010. ODM 5, Mejorar la Salud Materna. Pag. 126-127.
12. OMS, Mortalidad materna Nota descriptiva N°348, mayo 2012.
13. República de Honduras Gabinete Social Secretaría de Salud, Política Nacional de Salud Materno Infantil, pag. 5.
14. República de Honduras Gabinete Social Secretaría de Salud, Política Nacional de Salud Materno Infantil, pag. 10-11.
15. Salud Materno-Infantil En Las Américas Rogelio González P. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 75(6): 411 – 421.
16. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Plan Nacional de Salud 2021 Tegucigalpa, diciembre 2005, pag. 53-54.
17. Unidad de Investigación y Estadística Social, Municipalidad de Comayagua, “Monografía Aldeas Del Municipio de Comayagua”, 2006-2007. Oficina de Catastro.

Anexo I.

MODELO EXPLICATIVO:



Anexo II.

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala de medición</b>
Características geográficas y económicos	❖ Edad	Años cumplidos	Es la diferencia entre la fecha actual del estudio y la fecha de nacimiento de la encuestada	Continua
	❖ Centro de Salud al que acude.	Lugar más cercano en el que recibe asistencia médica.	Fácil Accesibilidad Difícil accesibilidad	Nominal
	❖ Procedencia.	Lugar en el cual nació.	Montecillos Otra región	Nominal
	❖ Residencia	Lugar de habitación actual	Montecillos. Otra región	Nominal
	❖ Número de Hijos	Cantidad de Hijos por mujer evaluada.	Puede variar entre los 1, 2 o mas hijos.	Continua
	❖ Trabaja	Generación de un ingreso salarial por la prestación de un servicio.	Sí No	Nominal

	❖ Ingresos	Cantidad de dinero que se aporta a la casa por el trabajo remunerado de sus miembros.	-Menor al salario mínimo. - Igual al salario mínimo - mayor al salario mínimo.	Nominal
--	------------	---	--	---------

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala de medición</b>
Accesibilidad de Las embarazadas al servicio de parto institucional	❖ Distancia desde sus casas hasta el hospital.	Cantidad de Kilómetros a recorrer para acceder al servicio institucional	-Menos de 10 Km. - de 11 a 19 Km. - Más de 20 km.	Continua
	❖ Tiempo para llegar al hospital.	Cantidad de horas necesarias para recorrer la distancia hacia el hospital.	-1 a 2 horas. - 2 a 4 horas. - Más de 5 horas.	Continua
	❖ Uso del servicio de parteras locales.	Atención del parto domiciliario, por parte de parteras profesionales comunitarias.	-Lo prefiere  -No lo Prefiere	Nominal
	❖ Costo económico en transporte.	Gastos en pago de vehículos privados o propios, para llegar hasta el hospital.	-de 500 a 1000 lempiras. - de 1001 a 2449 lempiras. - Mayor de 2500 lempiras.	Continua
	❖ Costos de Estadía	Gastos de la mujer y su acompañante desde su ingreso hasta su regreso a casa	-De 500 a 999 Lempiras - de 1000 a 1499 lempiras - mayor de 1500 lempiras	Continua

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala de medición</b>
Información recibida, de las complicaciones de no asistir al parto institucional.	❖ Durante el control prenatal	Aclaración de los signos de riesgo del embarazo y del parto domiciliario.	-SI - NO	Nominal
	❖ Donde iría si comenzara a sangrar	Pregunta capciosa que confirma el conocimiento de las complicaciones	- Hospital - Partera - Centro de Salud. - Ninguno	Nominal
	❖ Que hace si el niño deja de moverse	Pregunta capciosa que confirma el conocimiento de las complicaciones	- Hospital - Partera - Centro de Salud. - Ninguno	Nominal
	❖ Charlas	Método a través del cual se le informa a una población respecto a un tema determinado	-Recibió la charla en la UPS. -Recibió a charla en otro centro de salud - recibió la charla por otra fuente.	Nominal
	❖ Información para exámenes de laboratorio.	Conjunto de exámenes ya determinados , que ayudan a determinar riesgos de manera temprana, en la mujer embarazada.	-Le realizaron exámenes generales. - Le realizaron ultrasonido - le realizaron prueba de HIV y VDRL	Nominal

	❖ En que laboratorio le hicieron sus exámenes	Pregunta capciosa que confirma la realización de exámenes	- Publico - Privado	Nominal
	❖ Según su ultrasonido usted tendrá:	Pregunta capciosa que confirma la realización de exámenes	- Varón - Niña - No Sabe	Nominal
	❖ Reconocimiento de los riesgos de un parto domiciliario.	Riesgos que toda embarazada debe conocer si ha estado en control prenatal en una UPS.	-SI - NO	Nominal
	❖ Podría mencionar uno de esas complicaciones	Pregunta capciosa que confirma el conocimiento de las complicaciones.	Respuesta abierta.	Nominal

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala de medición</b>
Grado de satisfacción de las usuarias según experiencias previas al parto institucional.	❖ Trato en sala de emergencia.	Desde que la paciente toca la puerta de acceso hasta que es ingresada.	-Bueno -Regular -Malo -Pésimo	Nominal
	❖ Le explicaron como estaba su situación de labor	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Sabía usted cuando debía regresar a la emergencia	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Trato en sala de Labor.	Lugar donde se espera que la paciente esté lista para su parto.	-Bueno -Regular -Malo -Pésimo	Nominal
	❖ Al momento de ser evaluado su proceso de labor, se le explicaba.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Se le aviso oportunamente su traslado a sala de parto	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal

	❖ Trato en sala de parto.	Lugar donde la mujer es colocada en posición adecuada para su parto.	-Bueno -Regular -Malo -Pésimo	Nominal
	❖ En el desarrollo de su parto se sintió apoyada por el personal.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Le explicaban de la salud del bebe durante el proceso de parto.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Trato en sala de puerperio.	Sala en la cual la mujer se recupera en las 24 horas inmediatas al parto.	-Bueno -Regular -Malo -Pésimo	Nominal
	❖ La motivaron a realizar apego precoz de su bebe.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal
	❖ Permitieron que algún familiar le apoyara en este momento to.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI  -NO	Nominal

	❖ Respeto a la privacidad	Durante su estadía en los diferentes servicios no fue denigrada su dignidad de mujer y persona.	Sí No	Nominal
	❖ Durante su paso por el servicio estuvo desnuda.	Pregunta capciosa que confirma el respeto de su privacidad.	- SI -NO	Nominal
	❖ Se le pedía permiso para valorar su dilatación.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI -NO	Nominal
	❖ Respeto a creencia religiosa.	Son ideas consideradas como verdaderas por quienes profesan una determinada religión.	Sí No	Nominal
	❖ Sintió que se le juzgaba su parto en relación a su creencia.	Pregunta capciosa que confirma el respeto de su privacidad.	- SI -NO	Nominal

	❖ Satisfacción al egreso.	Estado de completa seguridad de que un servicio o producto llena todas mis expectativas.	SI NO	Nominal
	❖ Le explicaron donde debía ir luego de salir del hospital.	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI -NO	Nominal
	❖ Recibió información de que podría hacerla regresar al hospital	Pregunta capciosa que confirma el dialogo médico-paciente	- SI -NO	Nominal
	❖ Se sintió apoyada durante su estadía en el hospital	Pregunta capciosa que confirma el dialogo: personal de salud y la paciente	- SI -NO	Nominal

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

**TEMA DE INVESTIGACIÓN: "Percepción del Parto institucional y la calidad de atención del mismo, de mujeres embarazadas de las comunidades de San Antonio de la Libertad, Planes de la Nueva Esperanza y sus alrededores, en la Cordillera de Montecillos, atendidas en el Hospital Santa Teresa Comayagua, Honduras 2014."**

---

**INSTRUMENTO No. 1: CUESTIONARIO**

**A. Características socio-geográficas y económicas:**

1. Edad:

a) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_.

2. Procedencia:

a) Montecillos: \_\_\_\_\_

b) Otra región: \_\_\_\_\_

3. Residencia:

a) Montecillos: \_\_\_\_\_

b) Otra región: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos hijos tiene?:

a) 1-3 hijos: \_\_\_\_\_, b.) 4-5 hijos: \_\_\_\_\_,

c.) 5 o más hijos: \_\_\_\_\_

5. Centro de salud al que asiste:

a) Fácil Accesibilidad \_\_\_\_\_

b) Difícil Accesibilidad \_\_\_\_\_

6. Trabaja:

a) Si: \_\_\_\_\_

b) No: \_\_\_\_\_

7. Ingresos:

a.) Menos del salario mínimo: \_\_\_\_\_

b) Salario mínimo: \_\_\_\_\_

c.) Más del salario mínimo:\_\_\_\_\_

**B. Accesibilidad para las embarazadas al servicio de parto institucional en el Hospital de Comayagua:**

8. Distancia de sus casas hasta el hospital,

- a.) Menos de 10 Km. \_\_\_\_\_ b.) De 11 a 19 Km \_\_\_\_\_  
c.) Mas de 20 Km. \_\_\_\_\_

9. Tiempo para llegar.

- a.) De 1 a 2 hrs. \_\_\_\_\_ b.) De 2-4 hrs. \_\_\_\_\_ c.) Mas de 5 hrs. \_\_\_\_\_

10. Uso del servicio de parteras locales.

- a.) Si lo prefiere \_\_\_\_\_ b.) No lo prefiere \_\_\_\_\_

11. Costo económico en transporte

- a.) De 500 a 1,000 Lps. \_\_\_\_\_ b.) De 1,001 a 2,449 Lps. \_\_\_\_\_  
c.) Mayor de 2,500 Lps. \_\_\_\_\_

12. Costo en estadía

- a.) De 500 a 999 Lps. \_\_\_\_\_ b.) De 1,000 a 1,499 Lps. \_\_\_\_\_  
c.) Mayor de 1,500 Lps. \_\_\_\_\_

**C. Información recibida por las embarazadas en estudio, de los riesgos de no asistir al parto institucional, de parte de las unidades productoras de salud:**

13. Durante el control prenatal

- a.) Recibió Información de los riesgos de no hacer uso del parto institucional.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- b.) Donde iría si comenzara a sangrar?

HOSPITAL \_\_\_\_\_ PARTERA \_\_\_\_\_ CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_ NINGUNO \_\_\_\_\_

- c.) que hace si el niño deja de moverse?

HOSPITAL \_\_\_\_\_ PARTERA \_\_\_\_\_ CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_ NADA \_\_\_\_\_

14. Charlas.

- a.) Recibió charlas en unidad de salud. \_\_\_\_\_

- b.) Recibió charla en otra unidad de salud. \_\_\_\_\_

c.) Recibió la chara por otra fuente diferente.\_\_\_\_\_

15. Información para exámenes de laboratorio

a.) Le realizaron exámenes generales: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

b.) Le realizaron ultrasonido: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

c.) Le realizaron pruebas de HIV y VDRL: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

d.) En que laboratorio le hicieron los exámenes: Publico\_\_\_\_\_ Privado\_\_\_\_\_

e.) Según el ultrasonido usted tendrá: Varón \_\_\_\_\_ Niña\_\_\_\_\_ No Sabe\_\_\_\_\_

16. Reconocimiento de los riesgos de un parto domiciliario.

a.) Conoce los riesgos de un parto domiciliario: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

b.) Podría mencionar uno de esos riesgos?\_\_\_\_\_

**D. Grado de satisfacción de las embarazadas en estudio del parto institucional, en base a experiencias anteriores.**

24. Como fue su trato en sala de emergencia.

a.) Bueno\_\_\_\_\_ b.) Regular\_\_\_\_\_ c.) Malo\_\_\_\_\_ d.) Pésimo\_\_\_\_\_

e.) Le explicaron como estaba su situación de labor: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

f.) Sabía usted cuando debía regresar nuevamente a la emergencia: SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

25. Como fue su trato en sala de Labor.

a.) Bueno\_\_\_\_\_ b.) Regular\_\_\_\_\_ c.) Malo\_\_\_\_\_ d.) Pésimo\_\_\_\_\_

e.) Al momento de ser evaluado su proceso de labor se le explicaba:SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

f.) se le aviso oportunamente de su traslado a sala de parto: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

26. Como fue trato en sala de parto.

a.) Bueno\_\_\_\_\_ b.) Regular\_\_\_\_\_ c.) Malo\_\_\_\_\_ d.) Pésimo\_\_\_\_\_

e.) En el desarrollo de su parto se sintió apoyada por el personal: SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

f.) le explicaban de la salud del bebe durante el proceso de parto: SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

27. Como fue su trato en sala de puerperio.

a.) Bueno\_\_\_\_\_ b.) Regular\_\_\_\_\_ c.) Malo\_\_\_\_\_ d.) Pésimo\_\_\_\_\_

e.) le motivaron a realizar apeo precoz de su bebe: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

f.) permitieron que algún familiar la apoyara en este momento: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

28. Se respetó su privacidad.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

a.) durante su paso por el servicio estuvo desnuda: SI\_\_\_ NO\_\_\_

b.) se le pedía permiso para valorar su dilatación: SI\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

29. Se respetó su creencia religiosa.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

a.) sintió que se le juzgaba su parto en relación a su creencia: SI\_\_\_NO\_\_\_

30. Se sintió satisfecha por la atención al salir del hospital Sta.

Teresa: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

a.) Le explicaron donde debía de ir luego de salir: SI\_\_\_ NO\_\_\_

b.) Recibió información de que podría hacerla regresar al hospital  
SI\_\_\_NO\_\_\_

c.) Se sintió apoyada durante su estadía en el hospital: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

## Anexo IV. CUADROS COMPARATIVOS ESTADISTICOS<sup>9</sup>.

Cuadro 1

<b>Partos con asistencia de personal de asistencia especializado, 1990 - 2006 (%)</b>				
<b>Indicador</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
Partos con asistencia de personal sanitario especializado	35	53.8	61.7	67
Fuente: elaboración! en base a datos de la Secretaría de Salud, 2010.				

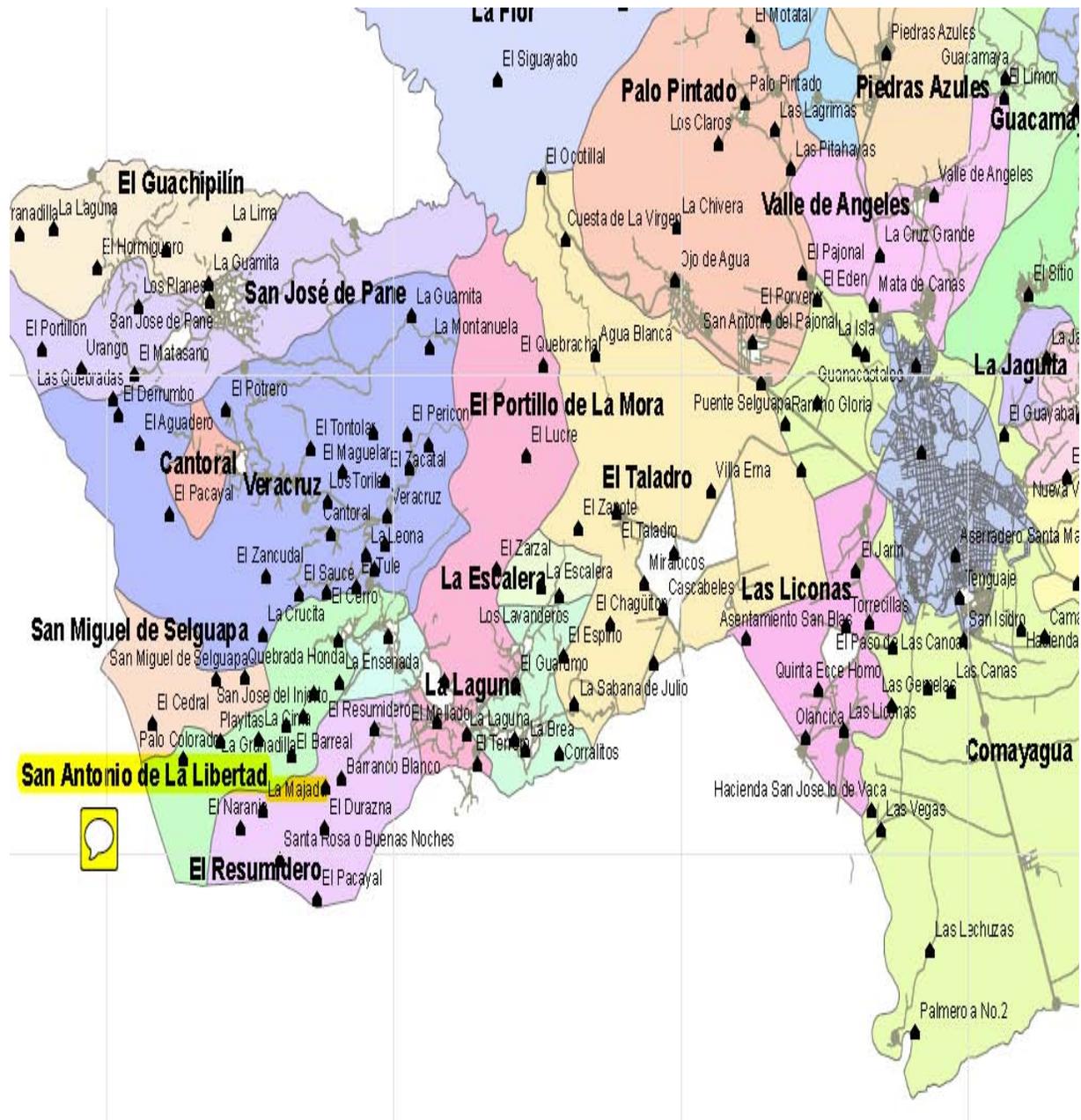
Cuadro 2

<b>Atención Prenatal, 1996-2006 (% de mujeres embarazadas de 15-49 años que recibió atención prenatal al menos una vez.</b>			
<b>Indicador</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
Cobertura	84.2	82.6	91.7
Fuente: INE 2001 y 2006			

Cuadro 3

<b>América Latina (países seleccionados): cobertura de la atención prenatal (Distribución porcentual de consultas de mujeres)</b>				
<b>País y Año</b>	<b>Número de Visitas Prenatales</b>			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2 ó 3</b>	<b>4 ó mas</b>
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2008	9.6	3.3	14.7	72.1
Colombia, 2005	6.4	1.4	7.7	83.1
Ecuador, 2004	15.8	3	14.3	66.5
El Salvador, 2004	14	0.7	6.6	78.6
Haití, 2005 - 2006	13.8	4.9	26.8	53.8
<b>Honduras, 2005</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>80.8</b>
Guatemala, 2002	15.7	2.6	15.3	65.9
Nicaragua, 2006	9	2.1	10.2	77.8
Paraguay, 2004	5.8	1.6	21.5	78.7
Perú, 2007	2.5	1	4.8	91.6
República Dominicana, 2007	0.5	0.5	2.5	94.5

**Anexo V. MAPA GEOGRAFICO DE LA ZONA DE ESTUDIO<sup>8</sup>.**



Anexo VI. Tablas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
CIES

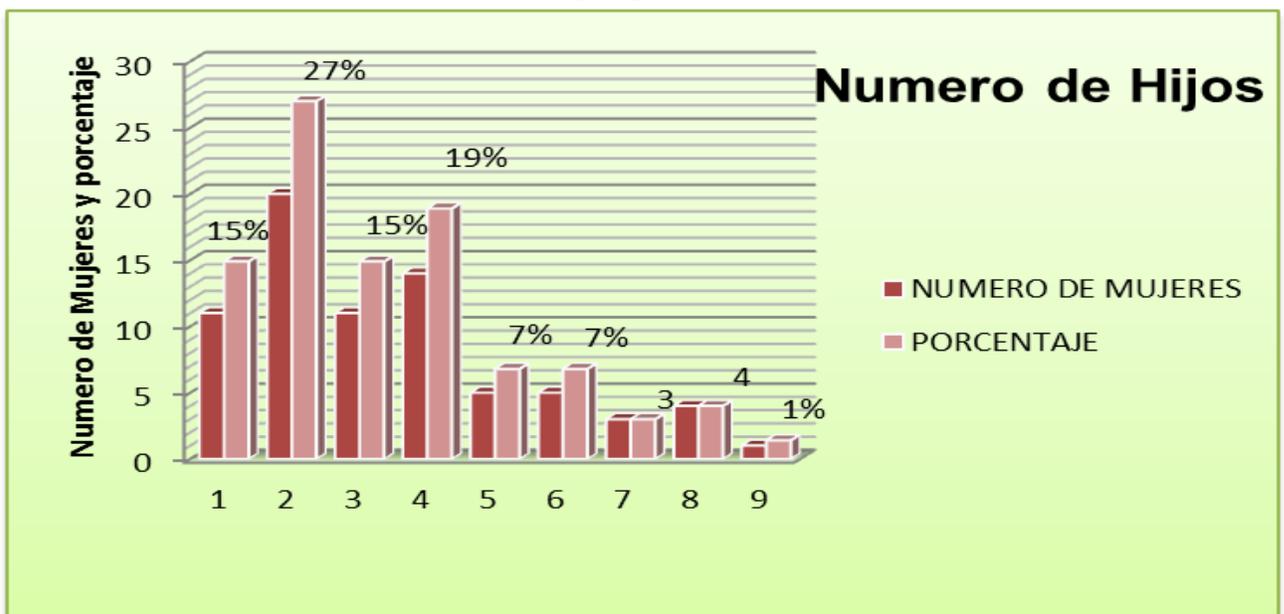
“Percepción Del Parto Institucional De Mujeres Embarazadas De Las Comunidades De San Antonio De La Libertad, Planes De La Nueva Esperanza Y Sus Alrededores, En La Montaña De Montecillos Comayagua, Honduras 2014”.

Tabla No.1 Número de hijos por mujer, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.

	NUMERO DE HIJOS.									TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MUJERES EN ESTUDIO	11	20	11	14	5	5	3	4	1	74
PORCENTAJE	14.9	27	14.9	18.9	6.8	6.8	3	4	1.4	100

Fuente: Encuesta

Grafico No.1 Numero de hijos por mujer, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2013.



**Tabla No.2 Difícil accesibilidad al centro de salud, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	49	25	74
PORCENTAJE	66.2	34	100

**Grafico No.2 Difícil accesibilidad al centro de salud, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2013.**



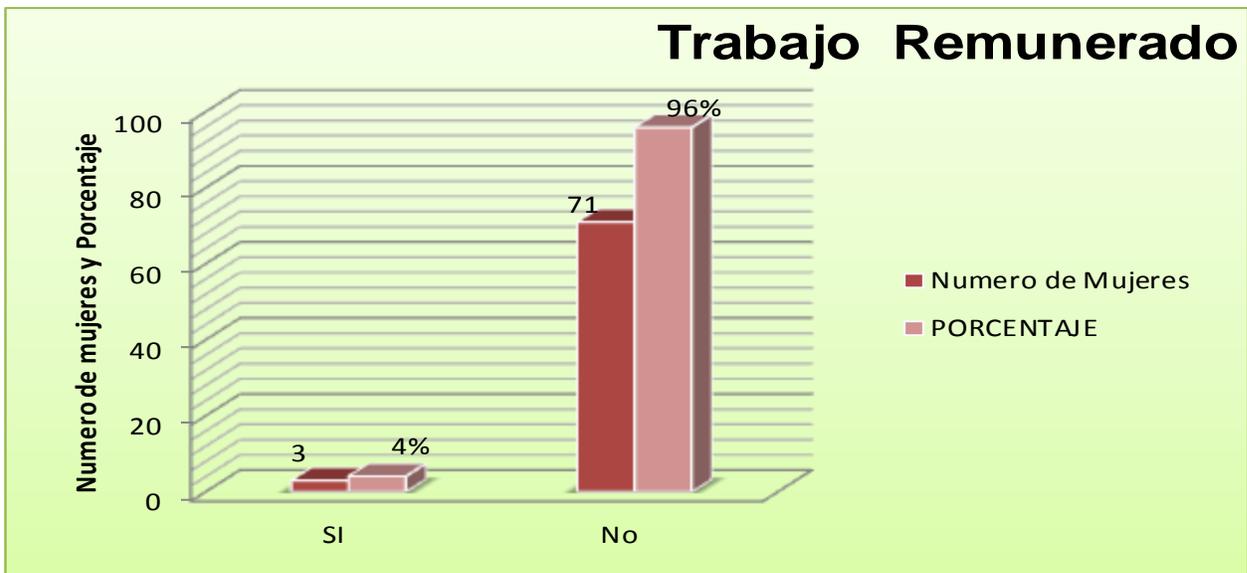
**Fuente: Tabla No 2**

**Tabla No.3 entrevistadas que trabajan, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la montaña de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

TRABAJAN	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	3	71	74
PORCENTAJE	4.1	96	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.3 entrevistadas que trabajan, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2013.**



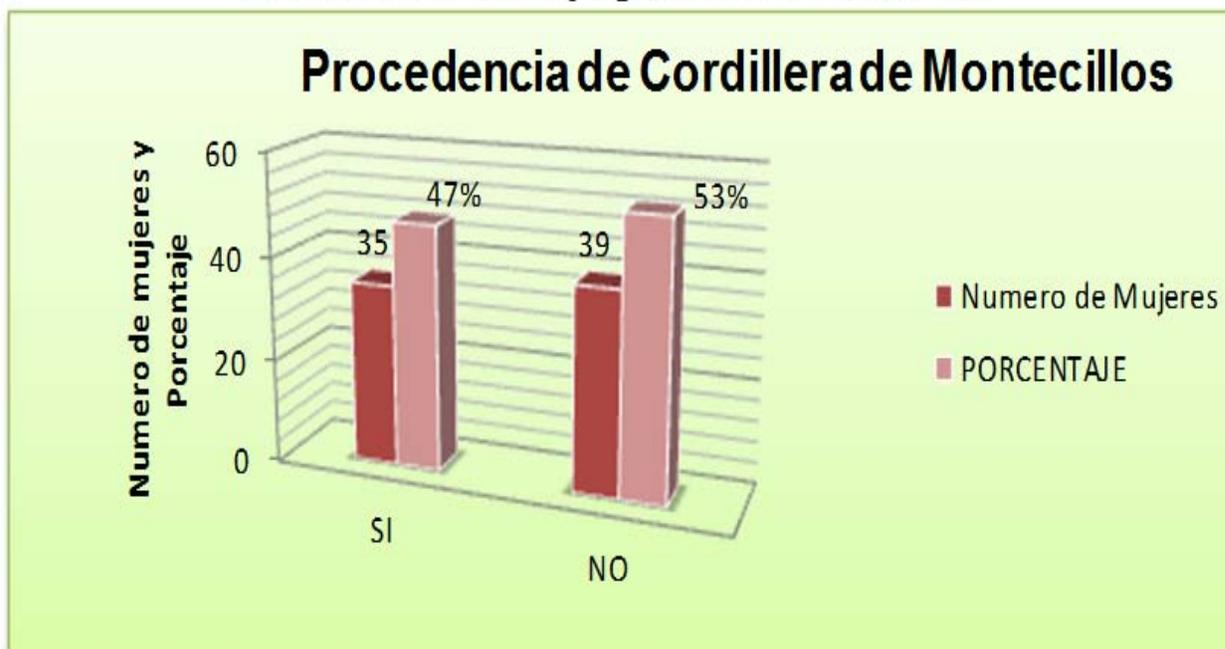
Fuente: Tabla No. 3

**Tabla No.4 Procedencia de entrevistadas, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

MONTECILLOS	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	35	39	74
PORCENTAJE	47.3	53	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.4 Procedencia de las entrevistadas, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2013.**



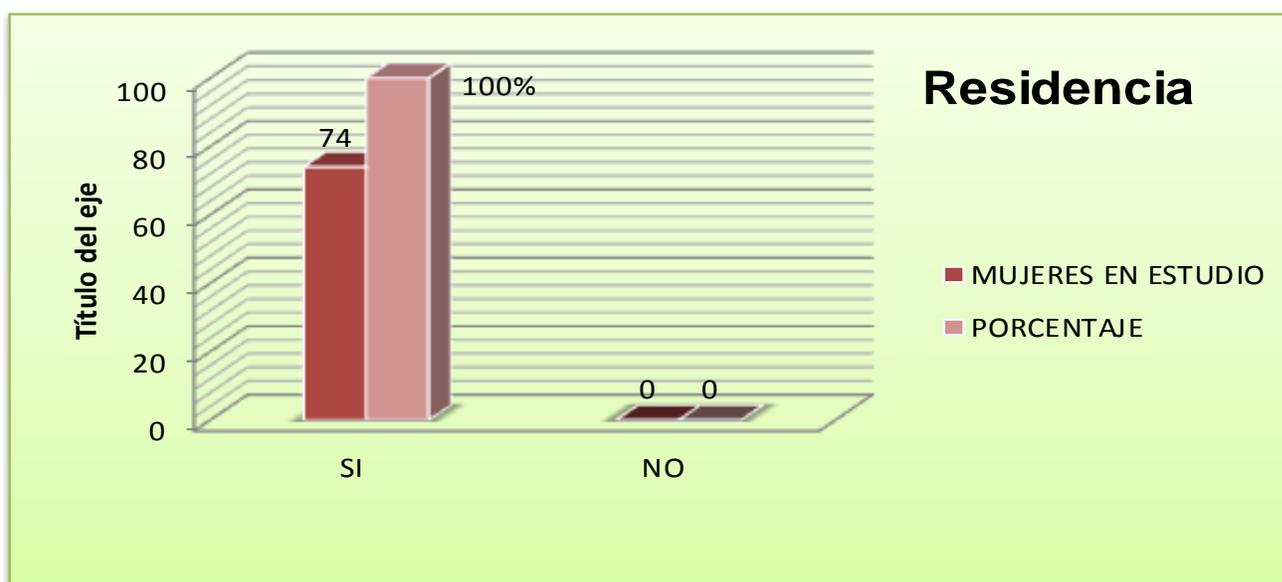
Fuente: Tabla No. 4

**Tabla No.5 Residencia de entrevistadas, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

MONTECILLOS	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	74	0	74
PORCENTAJE	100	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.5 Residencia de las entrevistadas, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2013.**



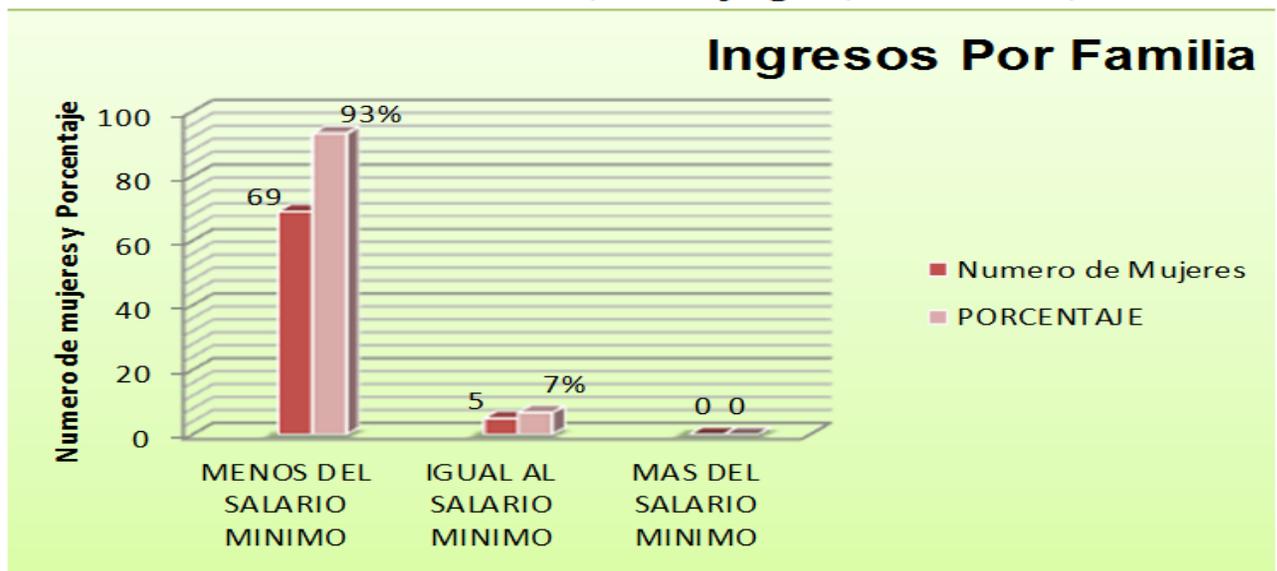
Fuente: Tabla No. 5

**Tabla No.6 Ingresos económicos por familia, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

INGRESO SEGÚN SALARIO	MENOS DEL SALARIO MINIMO	IGUAL AL SALARIO MINIMO	MAS DEL SALARIO MINIMO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	69	5	0	74
PORCENTAJE	93.2	6.8	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafica No.6 Ingresos económicos por familia, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2013.**



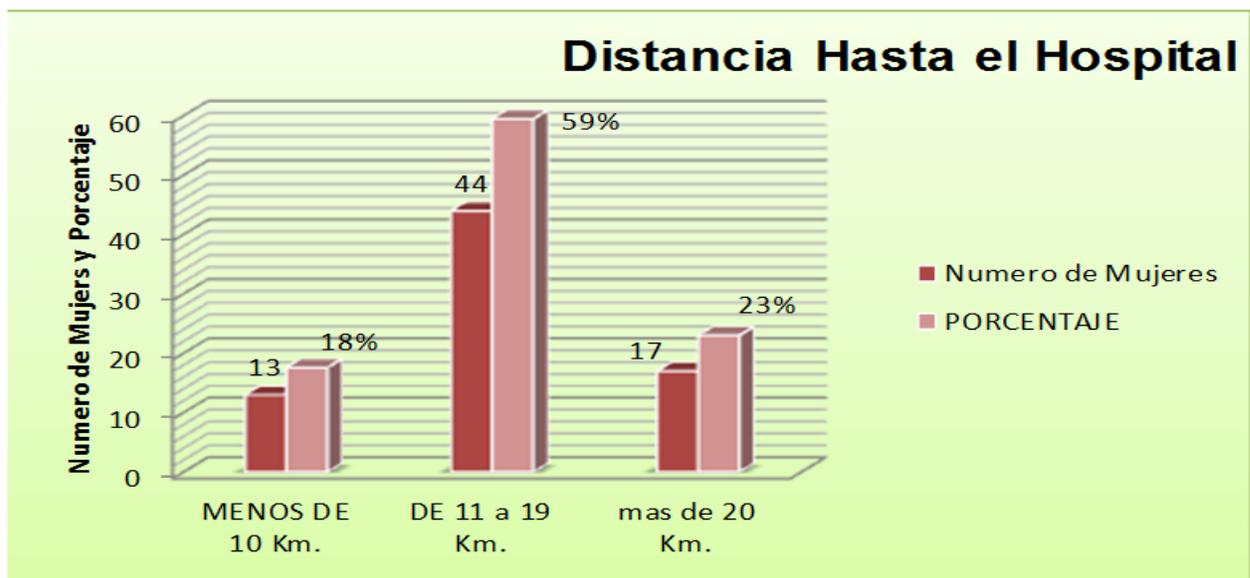
Fuente: Tabla No. 6

**Tabla No.7 Distancia desde su casa al hospital, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras 2014.**

<b>DISTANCIA</b>	<b>MENOS DE 10 Km.</b>	<b>DE 11 a 19 Km.</b>	<b>más de 20 Km.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	13	44	17	74
<b>PORCENTAJE</b>	17.6	59.5	23	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.7 Distancia desde su casa al hospital, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2014.**



**Fuente: Tabla No. 7**

**Tabla No.8 Tiempo que tarda en llegar al hospital, percepción del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**

<b>TIEMPO</b>	<b>DE 1 a 2 HORAS</b>	<b>DE 2 a 4 HORAS</b>	<b>MAS DE 5 HORAS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	32	42	0	74
<b>PORCENTAJE</b>	43.2	56.8	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.8 Tiempo que tarda en llegar al hospital, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2014.**



Fuente: Tabla No. 8

**Tabla No.9 Preferencia de uso de Parteras Locales, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

PARTERAS	SI LA PREFIERE	NO LA PREFIERE	TOTAL
POBLACION EN ESTUDIO	29	45	74
PORCENTAJE	39.2	60.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.9 Preferencia de uso de Parteras Locales, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



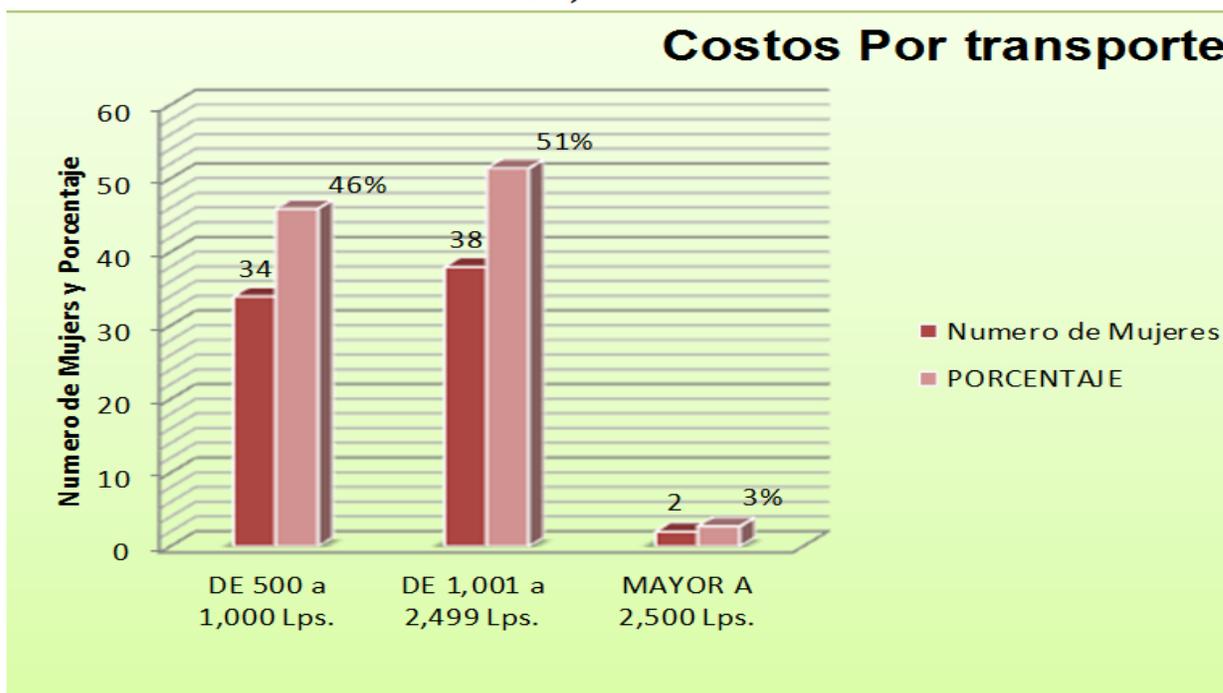
Fuente: Tabla No 9

**Tabla No.10 Costos económicos del transporte hasta el hospital, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

COSTOS	DE 500 a 1,000 Lps.	DE 1,001 a 2,499 Lps.	MAYOR A 2,500 Lps.	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	34	38	2	74
PORCENTAJE	45.9	51.4	2.7	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No.10 Costos economicos del transporte hasta el hospital, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



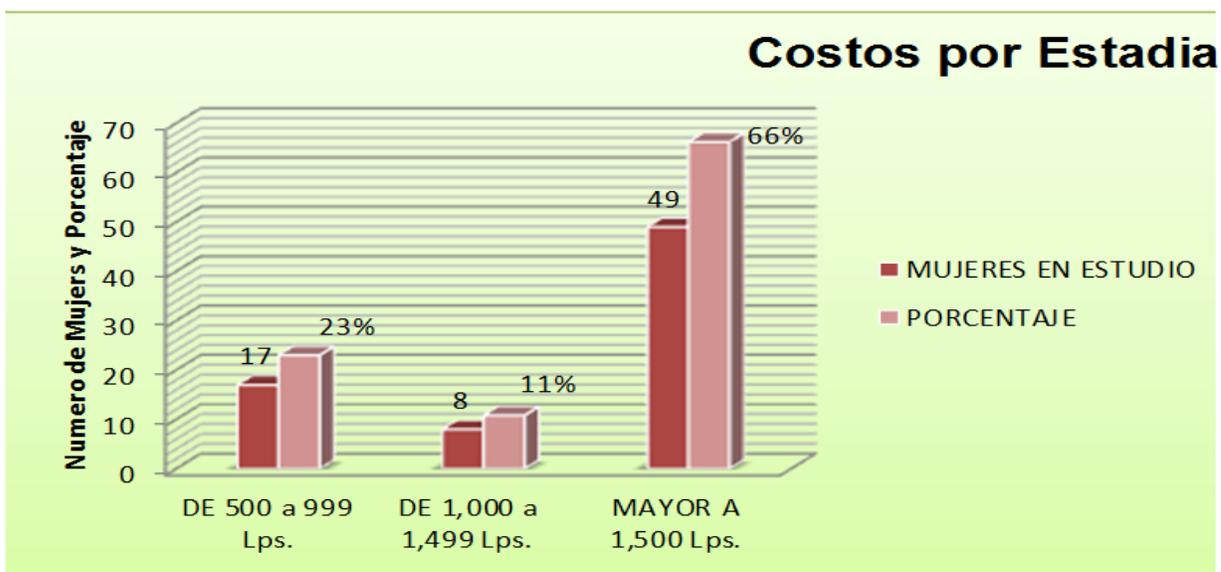
Fuente: Tabla No 10

**Tabla No.11 Costos económicos por estadía, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

COSTOS DE ESTADIA	DE 500 a 999 Lps.	DE 1,000 a 1,499 Lps.	MAYOR A 1,500 Lps.	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	17	8	49	74
PORCENTAJE	23	10.8	66.2	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No.11 Costos economicos por estadia, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 11

**Tabla No.12 Recibió información de los riesgos de no usar parto institucional, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

RECIBIO INFORMACION	SI LA RECIBIO	NO LA RECIBIO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	46	28	74
PORCENTAJE	62.2	37.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.12 Recibio informacion sobre las complicaciones de no hacer uso del parto institucional, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Crdillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2014.**



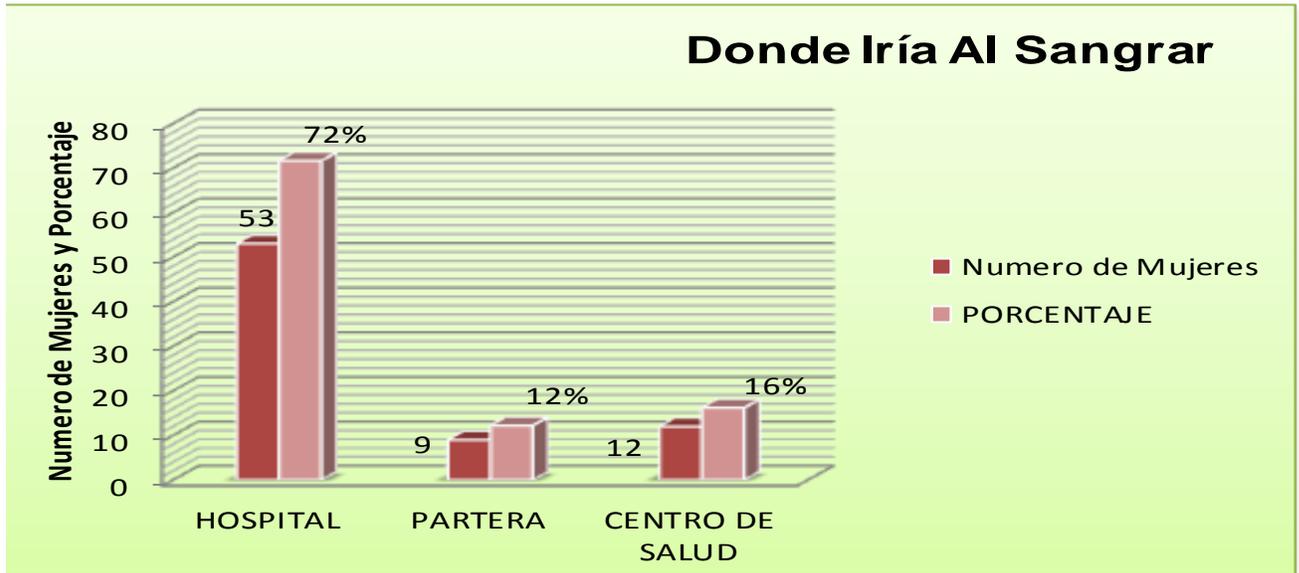
Fuente Tabla No 12

**Tabla No.13 Donde asistiría si comenzara a sangrar, Percepción del parto Institucional montaña de montecillos, Honduras 2013.**

TIEMPO	HOSPITAL	PARTERA	CENTRO DE SALUD	NINGUNO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	53	9	12	0	74
PORCENTAJE	71.6	12.2	16.2	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.13 Si comenzara a Sangrar Donde Asistiria, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2014.**



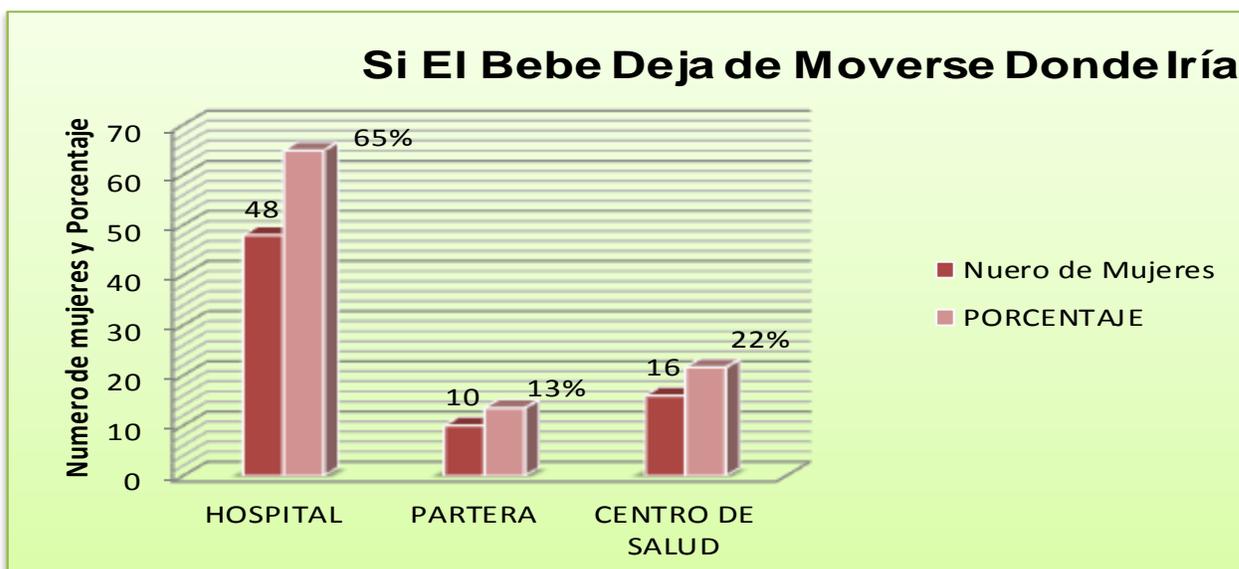
**Fuente Tabla No 13**

**Tabla No.14 Donde asistiría si él bebe dejara de moverse, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

TIEMPO	HOSPITAL	PARTERA	CENTRO DE SALUD	NINGUNO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	48	10	16	0	74
PORCENTAJE	64.9	13.5	21.6	0	100

**Fuente: Encuesta**

**Grafico No.14 Si el bebe dejara de Moverse Donde Asistiria, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos,Comayagua, Honduras, 2014.**



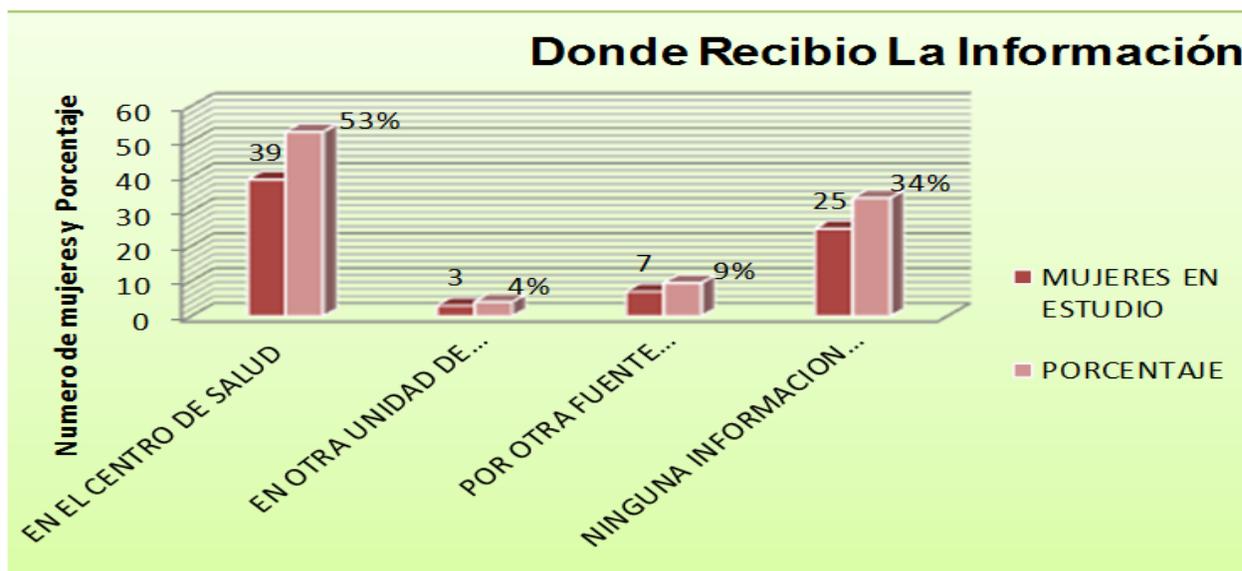
**Fuente Tabla No 14**

**Tabla No.15 Donde recio la información de los riesgos de no hacer uso del parto institucional, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

TIEMPO	EN EL CENTRO DE SALUD	EN OTRA UNIDAD DE SALUD	POR OTRA FUENTE DIFERENTE	NINGUNA INFORMACION RECIBIDA	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	39	3	7	25	74
PORCENTAJE	52.7	4.1	9.5	33.8	100

**Fuente: Encuesta**

**Grafico No.15 Donde recibio informacion sobre las complicaciones de no hacer uso del parto institucional, persepcion del parto institucional de las mujeres embarazadas de la Cordillera de Montecillos, Comayagua, Honduras, 2014.**



Fuente Tabla No 15

**Tabla No.16 Conoce los riesgos del parto domiciliario, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

PARTERAS	SI LO CONOCE	NO LO CONOCE	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	43	31	74
PORCENTAJE	58.1	41.9	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.16 Conoce las complicaciones del parto domiciliario, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 16

**Tabla No.17 Le realizaron exámenes generales de laboratorio, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

LABORATORIO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	48	26	74
PORCENTAJE	65	35	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.17 Le realizaron exámenes generales de laboratorio, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 17

**Tabla No. 18. Le realizaron ultrasonido, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

ULTRASONIDO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	19	55	74
PORCENTAJE	26	74	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No. 18. Le realizaron ultrasonido, Percepcion del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



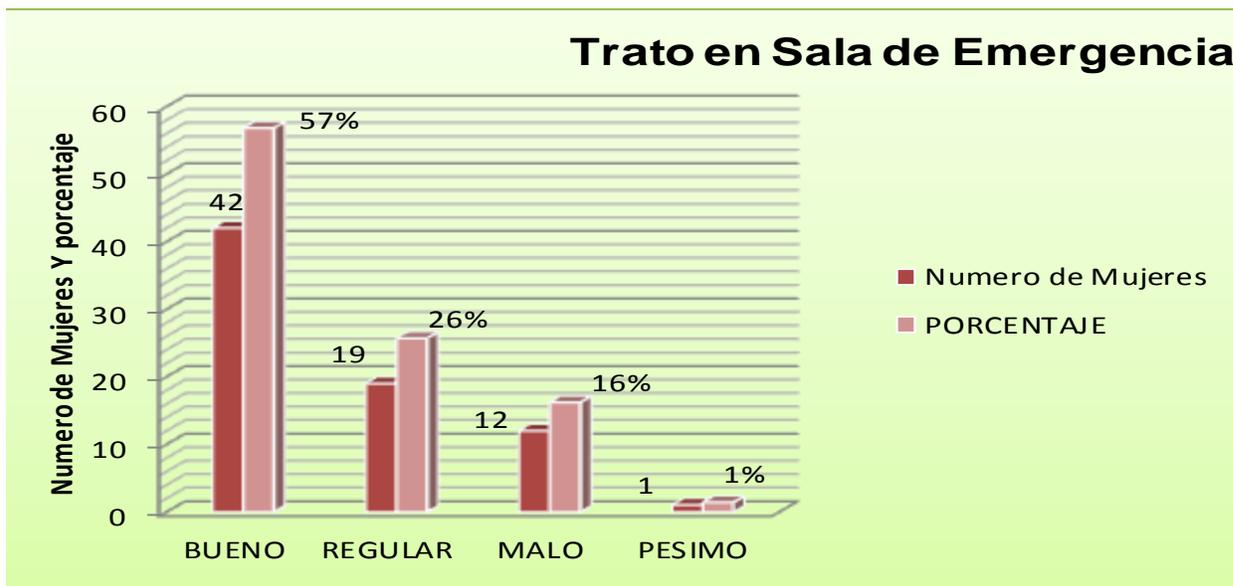
Fuente: Tabla No. 18

**Tabla No.19 Como fue su trato al pasar por la emergencia, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

OPCIONES	BUENO	REGULAR	MALO	PESIMO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	42	19	12	1	74
PORCENTAJE	56.8	25.7	16.2	1.4	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.19 Como fue su trato al pasar por la emergencia, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



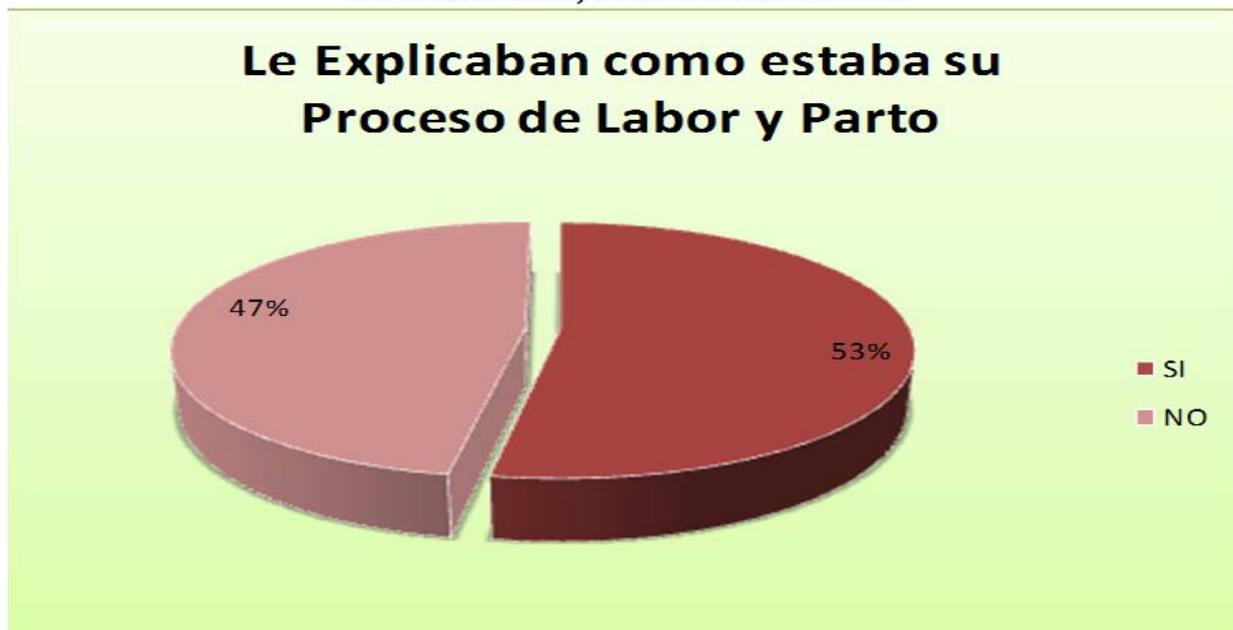
Fuente: Tabla No 19

**Tabla No.20 Le explicaban como estaba su situación de labor y parto, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

CONOCIMIENTO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	39	35	74
PORCENTAJE	52.7	47.3	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.20 Le explicaban cual era su proceso de Labor y parto, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 20

CONOCIMIENTO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	36	38	74
PORCENTAJE	48.6	51.4	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.21 Sabia usted, cuando debia regresar a la emergencia, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



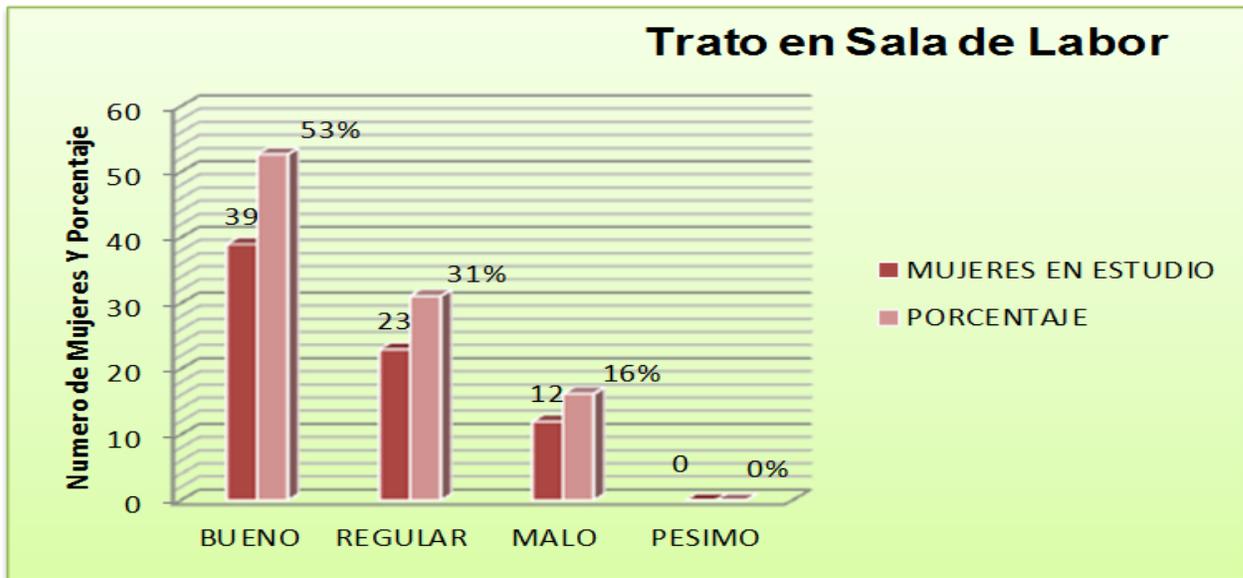
Fuente: Tabla No 21

**Tabla No.22 Como fue su trato al pasar por sala de labor, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

OPCIONES	BUENO	REGULAR	MALO	PESIMO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	39	23	12	0	74
PORCENTAJE	52.7	31.1	16.2	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.22 Como fue su trato al pasar por la sala de Labor, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



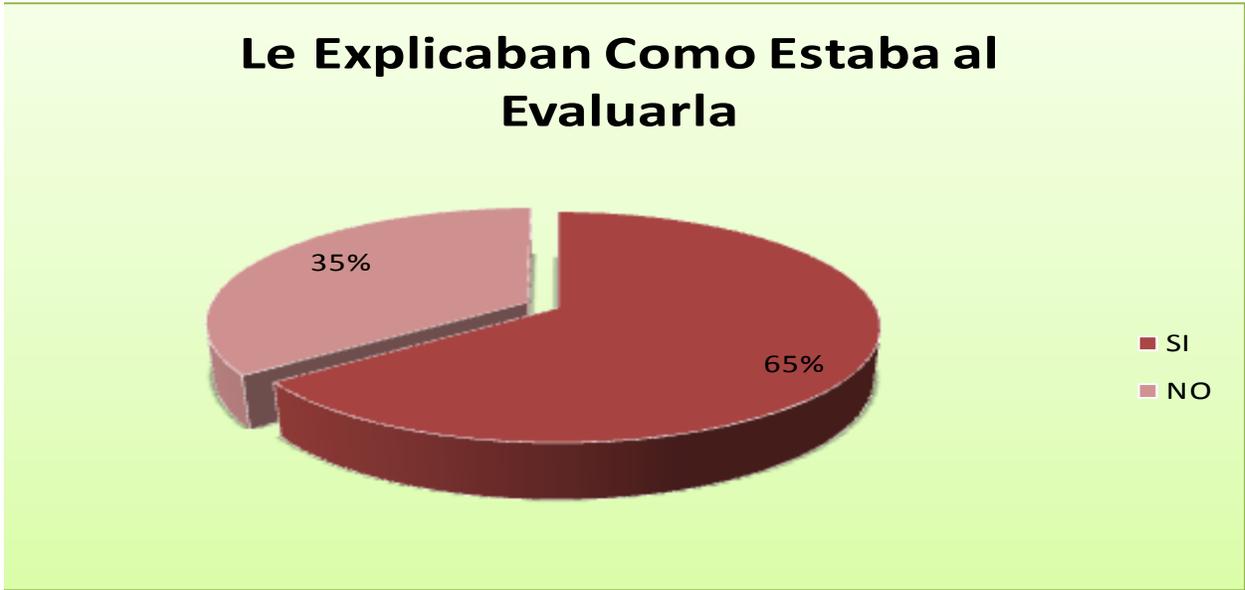
**Fuente: Tabla No 22**

**Tabla No.23 Le explicaban su situación cuando era evaluada, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

CONOCIMIENTO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	48	26	74
PORCENTAJE	64.9	35.1	100

**Fuente: Encuesta**

**Grafico No.23 Le explicaban cual era su situacion al evaluarla, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 23

**Tabla No.24 Le aviso oportunamente su traslado a sala de parto, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

CONOCIMIENTO	SI SE LE AVISO	NO SE LE AVISO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	46	28	74
PORCENTAJE	62.2	37.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.24 Se le Aviso Oportunamente de su Traslado a sala de Parto, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



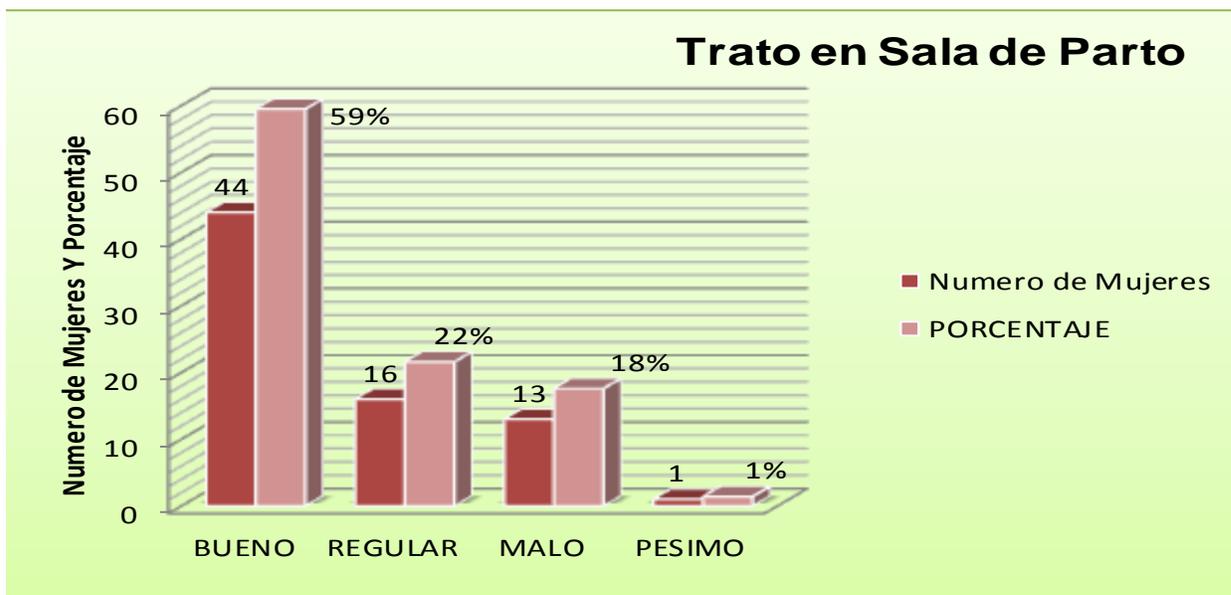
Fuente: Tabla No 24

**Tabla No.25 Como fue su trato al pasar por sala de parto, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

OPCIONES	BUENO	REGULAR	MALO	PESIMO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	44	16	13	1	74
PORCENTAJE	59.5	21.6	17.6	1.4	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.25 Como fue su trato al pasar por la sala de Parto, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



**Fuente: Tabla No 25**

**Tabla No.26 Se sintió apoyada por el personal de la sala de parto, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

CONOCIMIENTO	SI LA APOYARON	NO LA APOYARON	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	45	29	74
PORCENTAJE	60.8	39.2	100

**Fuente: Encuesta**

**Grafico No.26 Se Sintio Apoyada por el Personal que la atendia en sala de Parto, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 26

**Tabla No.27 Le explicaban sobre la salud de su bebe en el proceso, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

CONOCIMIENTO	SI	NO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	39	35	74
PORCENTAJE	52.7	47.3	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.27 Le Explicaban sobre la Salud del Bebe durante el Parto, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



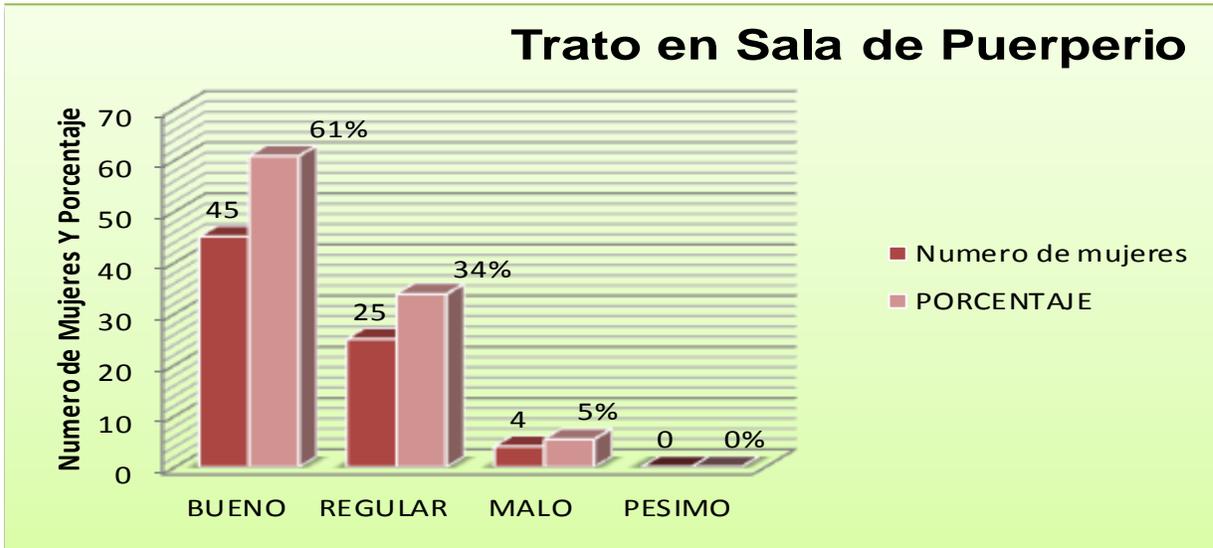
Fuente: Tabla No 27

**Tabla No.28 Como fue su trato al pasar por sala de puerperio, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

OPCIONES	BUENO	REGULAR	MALO	PESIMO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	45	25	4	0	74
PORCENTAJE	60.8	33.8	5.4	0	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.28 Como fue su trato al pasar por la sala de Puerperio, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 28

**Tabla No.29 Se le motivo a realizar apego precoz del bebe, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

SE LE MOTIVO	SI HUBO APEGO PRECOZ	NO HUBO APEGO PRECOZ	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	62	12	74
PORCENTAJE	83.8	16.2	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.29 La Motivaron a Realizar Apego Precoz de su bebe, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

**La Motivaron a Realizar Apego Precoz**

**Tabla No.30 Se le permitió que un familiar la acompañara, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

<b>ACOMPañAMIENTO</b>	<b>SI SE LE PERMITIO</b>	<b>NO SE LE PERMITIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	9	65	74
<b>PORCENTAJE</b>	12.2	87.8	100

**Fuente: Encuesta**

**Grafico No.30 Le Permitieron la Compañía de Un Familiar en puerperio, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 30

**Tabla No.31 Se le respeto su privacidad, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

SE RESPETO	SI SE RESPETO	NO SE RESPETO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	59	15	74
PORCENTAJE	79.7	20.3	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No.32 Se mantuvo desnuda durante el proceso, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

SE MANTUVO DESNUDA	SI SE MANTUVO	NO SE MANTUVO	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	29	45	74

**Grafico No.31 Se Respeto su Privacidad, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



**Fuente: Tabla No 31**

<b>PORCENTAJE</b>	39.2	60.8	100
-------------------	------	------	-----

Fuente: Encuesta

**Grafico No.32 Se Mantuvo Desnuda durante fue atendida, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 32

**Tabla No.33 Se le solicitaba permiso para evaluarla, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

<b>CONCEDIA PERMISO AL EVALUARLA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
--------------------------------------	-----------	-----------	--------------

<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	49	25	74
<b>PORCENTAJE</b>	66.2	33.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.33 Se le solicitaba permiso para ser evaluada, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 33

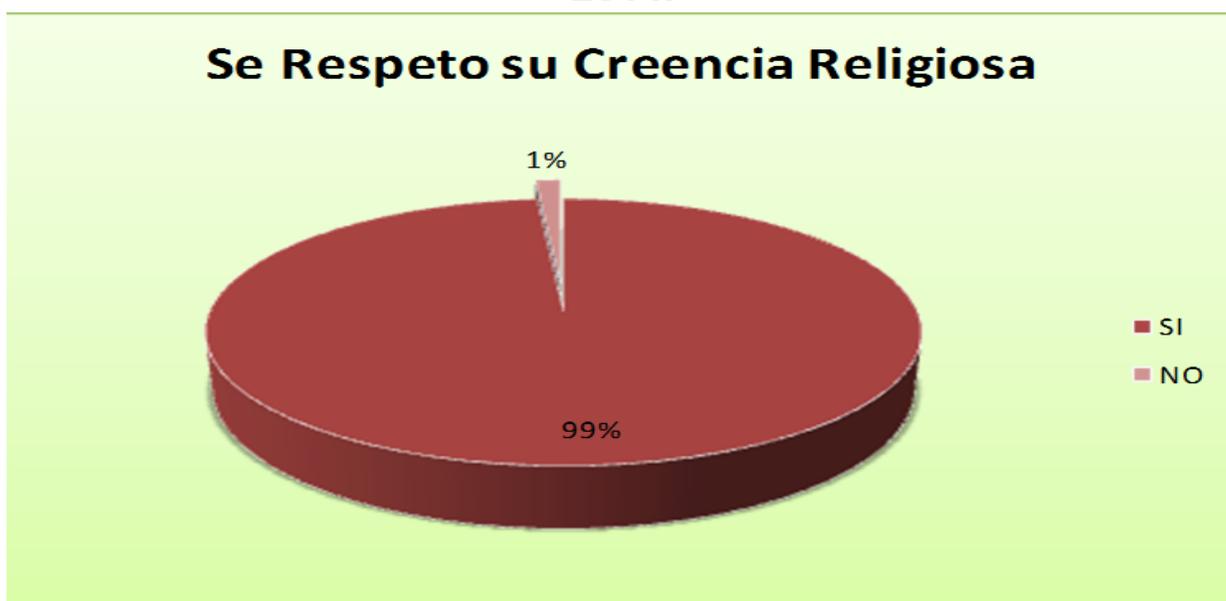
**Tabla No.34 Se le respeto su creencia religiosa, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

<b>SE RESPETO</b>	<b>SI SE LE RESPETO</b>	<b>NO SE LE RESPETO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	73	1	74

<b>PORCENTAJE</b>	98.6	1.4	100
-------------------	------	-----	-----

Fuente: Encuesta

**Grafico No.34 Se Respeto su Creencia Religiosa, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 34

**Tabla No.35 Se sintió juzgada en su parto por su creencia religiosa, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

SE SINTIO JUZGADA	SI SE SINTIO JUZGADA	NO SE SINTIO JUZGADA	TOTAL
-------------------	----------------------	----------------------	-------

<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	2	72	74
<b>PORCENTAJE</b>	2,7	97.3	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.35 Se Sintio Juzgada en su Parto por Su Creencia Religiosa, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 35

**Tabla No. 36. Se sintió satisfecha al salir del hospital, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

<b>SATISFECHA</b>	<b>SI SE SINTIO SATISFECHA</b>	<b>NO SE SINTIO SATISFECHA</b>	<b>TOTAL</b>
-------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------

<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	51	23	74
<b>PORCENTAJE</b>	68.9	31.1	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.36 Se Sintio Satisfecha al Salir del Hospital, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 36

**Tabla No.37 Sabia donde debía de ir luego de salir del hospital, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

<b>SABIA DONDE ACUDIR</b>	<b>SI SABIA</b>	<b>NO SABIA</b>	<b>TOTAL</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	--------------

<b>MUJERES EN ESTUDIO</b>	67	7	74
<b>PORCENTAJE</b>	90.5	9.5	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.37 Sabia Donde Asistir al salir del Hospital, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 37

**Tabla No.38 Recibió información de que complicación la podía hacer regresar al hospital, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

RECIBIO INFORMACION	SI RECIBIO INFORMACION	NO RECIBIO INFORMACION	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	36	38	74
PORCENTAJE	48.6	51.4	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.38 Sabía que complicacion la Podía hacer Regresar al Hospital, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 38

**Tabla No.39 Se sintió apoyada por el personal hospitalario, Percepción del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

SE SINTIO APOYADA	SI SE SINTIO APOYADA	NO SE SINTIO APOYADA	TOTAL
MUJERES EN ESTUDIO	55	19	74
PORCENTAJE	74.3	25.7	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No.39 Se Sintio Apoyada por el Personal Hospitalario, Percepcion del parto institucional, Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No 39

**Tabla No. 40. Relación entre las embarazadas que dicen si conocer las complicaciones del Parto Domiciliario y las que no describieron una de ellas, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

CONOCE LAS COMPLICACIONES	TOTAL	NO DESCRIBIERON UNA DE ELLAS	TOTALES REALES	PORCENTAJE
SI CONOCE LAS COMPLICACIONES	43	9	34	46
NO CONOCE LAS COMPLICACIONES	31	31	40	54
TOTAL	74	40	74	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No. 40. Comparacion entre las Embarazadas que decian si conocer las complicaciones del parto Domiciliario y las que no Dieron un Ejemplo de estas, Percepcion del parto Institucional montaña de Montecillos, Honduras 2014.**

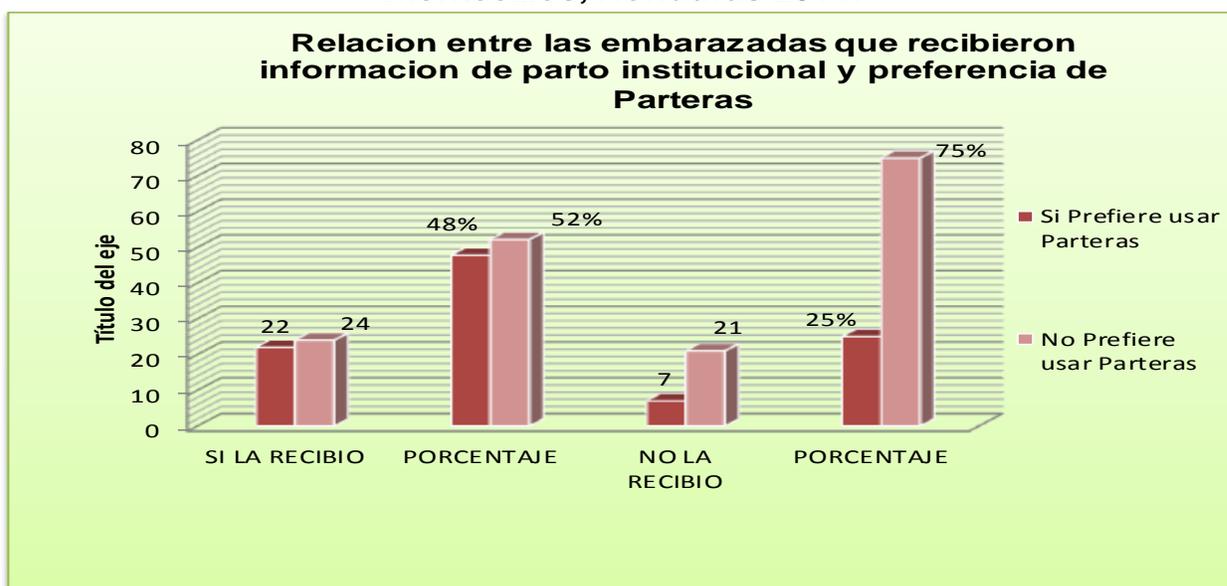


Fuente: Tabla No. 40

**Tabla No. 41. Relación entre las embarazadas que recibieron información de el uso de Parto Institucional y las que prefieren usar Parteras Locales, Percepción del parto Institucional Cordillera de Montecillos, Honduras 2014.**

RECIBIO INFORMACION DE PARTO INSTIITUCIONAL	PREFIERE EL USO DE PARTERAS		
	SI LO PREFIERE	NO LO PREFIERE	TOTAL
SI LA RECIBIO	22	24	46
PORCENTAJE	47.8	52.2	100
NO LA RECIBIO	7	21	28
PORCENTAJE	25	75	100
TOTAL	29	45	74
PORCENTAJE	39.2	60.8	100

**Grafico No. 41. Relacion entre las embarazadas que recibieron informacion de el uso de Parto Institucional y las que prefieren usar Parteras Locales, Percepcion del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**



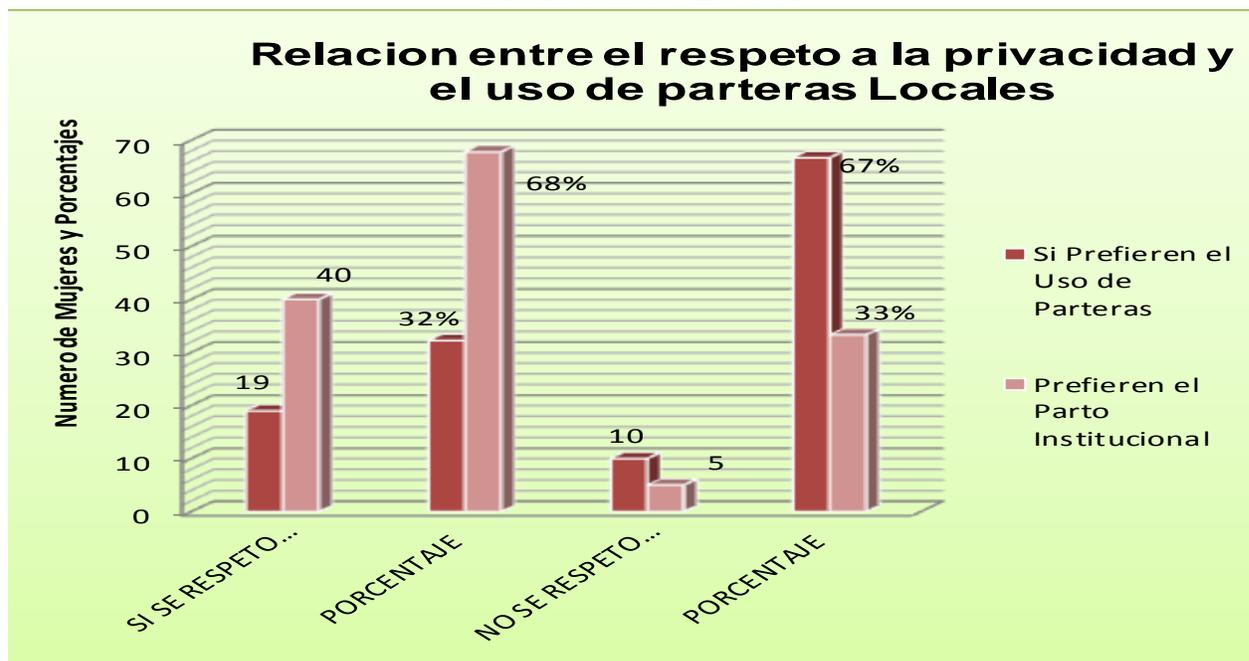
Fuente: Tabla No. 41

**Tabla No. 42. Relación entre las embarazadas que se les respeta en su privacidad y el uso de Parteras, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

SE RESPETO SU PRIVACIDAD	PREFERENCIA DE USO DE PARTERAS		
	SI LO PREFIERE	NO LO PREFIERE	TOTAL
SI SE RESPETO SU PRIVACIDAD	19	40	59
PORCENTAJE	32.2	67.8	100
NO SE RESPETO SU PRIVACIDAD	10	5	15
PORCENTAJE	66.7	33.3	100
TOTAL	29	45	74
PORCENTAJE	39.2	60.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No. 42. Relacion entre las embarazadas que se les respeta en su privacidad y el uso de Parteras Locales, Percepcion del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**



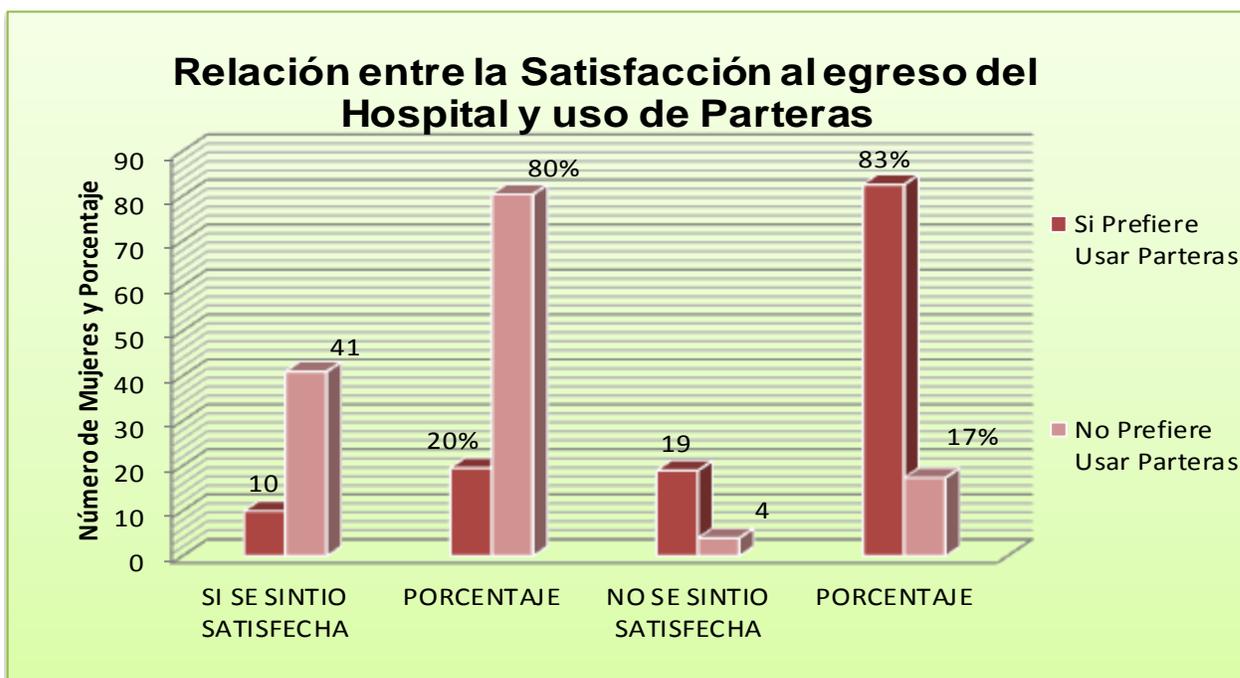
Fuente: Tabla No 42

**Tabla No. 43. Relación entre las embarazadas que se sintieron satisfechas a su egreso del hospital y el uso de parteras, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

SE SINTIO SATISFECHA AL SALIR DEL HOSPITAL	PREFERENCIA DE USO DE PARTERAS		
	SI LO PREFIERE	NO LO PREFIERE	TOTAL
SI SE SINTIO SATISFECHA	10	41	51
PORCENTAJE	19.6	80.4	100
NO SE SINTIO SATISFECHA	19	4	23
PORCENTAJE	82.6	17.4	100
TOTAL	29	45	74
PORCENTAJE	39.2	60.8	100

Fuente: Encuesta

**Grafico No. 43. Relacion entre las embarazadas que se sintieron satisfechas a su egreso del hospital y el uso de parteras, Percepcion del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

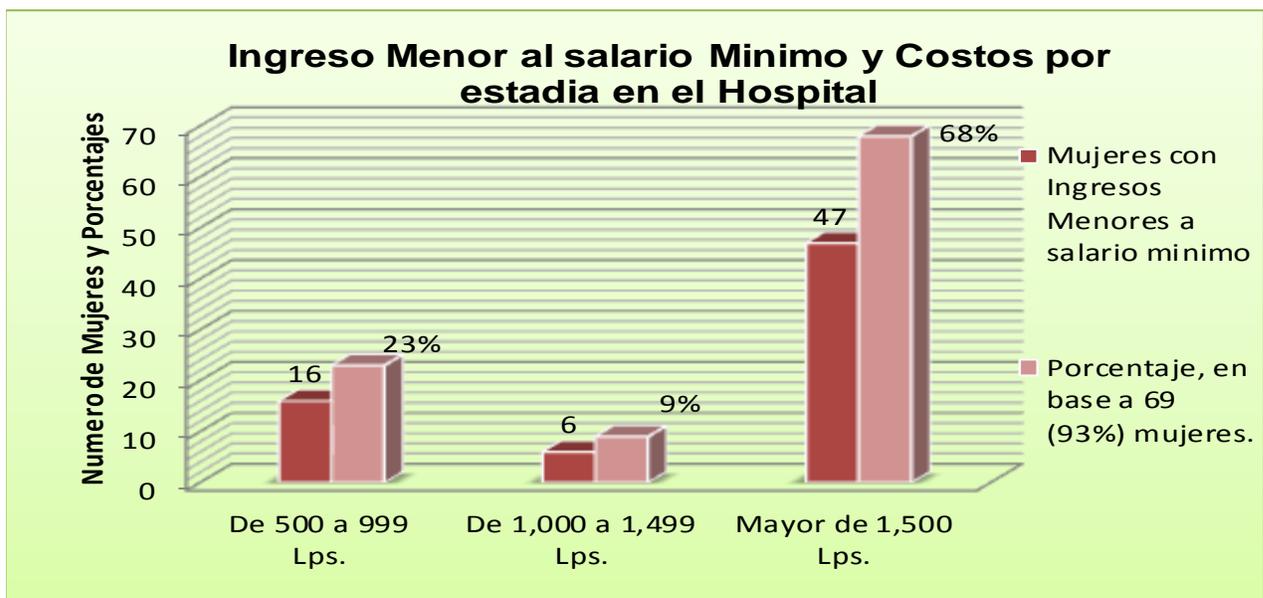


Fuente: Tabla No 43

**Tabla No. 44. Relación entre las embarazadas con ingresos Menores al salario mínimo y costos por estadía en el Hospital, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

COSTOS POR ESTADIA	INGRESOS MENORES AL SALARIO MINIMO	
	Numero de Mujeres	Porcentaje
De 500 a 999 Lps.	16	23
De 1,000 a 1,499 Lps.	6	9
Mayor de 1,500 Lps.	47	68
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Grafico No. 44. Relacion entre las embarazadas con ingresos Menores al salario minimo y costos por estadía en el Hospital, Percepcion del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

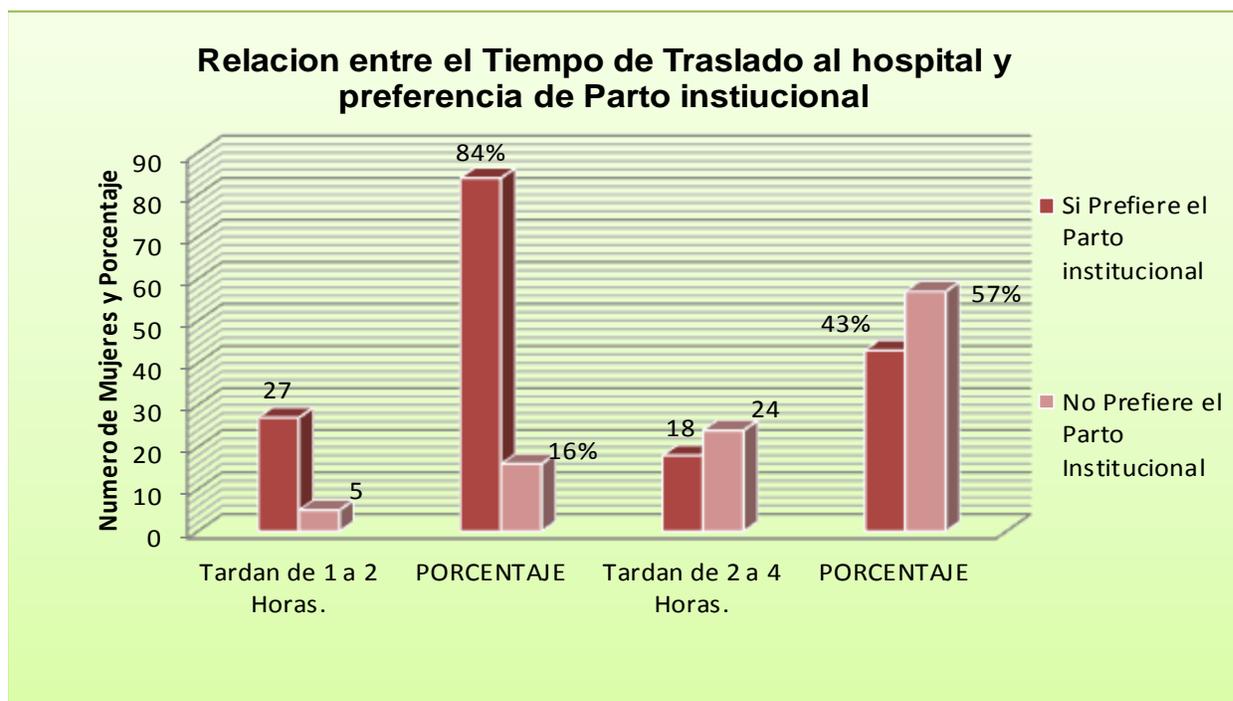


**Fuente: Tabla No. 44**

**Tabla No. 45. Relación entre el tiempo de traslado al hospital y preferencia del Parto Institucional, Percepción del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**

TIEMPO DE TRASLADO	PREFIERE EL PARTO INSTITUCIONAL		
	SI LO PREFIERE	NO LO PREFIERE	TOTAL
Tardan de 1 a 2 Horas.	27	5	32
<b>PORCENTAJE</b>	<b>84</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
Tardan de 2 a 4 Horas.	18	24	42
<b>PORCENTAJE</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Grafico No. 45. Relacion entre el tiempo de traslado al hospital y preferencia del Parto Institucional, Percepcion del parto Institucional Cordillera de montecillos, Honduras 2014.**



Fuente: Tabla No. 45