

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**PROMOCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL EN MACUELIZO:
VALORACION DEL TRABAJO REALIZADO Y ANALISIS DE SU
POTENCIALIDAD.**

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Autores: Br. Evelio Benigno Casco Castellón
Br. Marvin Alejandro Ríos Iglesias.

Tutor: Dr. Arnoldo Toruño T.
Departamento de Salud Pública.

Macuelizo, Nueva Segovia, 2006.

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló con el objetivo de valorar el trabajo de promoción del parto institucional que se viene realizando en el Municipio de Macuelizo.

El estudio se basó en el uso de diferentes métodos y técnicas para obtener información: A) Encuesta, dirigida al total de embarazadas registradas en las unidades de salud del municipio, durante Septiembre del 2006, para conocer sus preferencias y posibilidades sobre el lugar para tener sus partos. B) Revisión documental, para examinar las estadísticas del programa, y C).Entrevistas a profundidad, tanto a mujeres con parto reciente, como a miembros del personal de salud.

Se considera como adecuado el trabajo de promoción del parto institucional en este Municipio, principalmente por el aumento en la cobertura, que ha pasado de 46.5% al 75%.

El aumento de cobertura ha sido fruto principalmente de la decisión que se tomó hace unos años de promoverla, valiéndose de la intensificación de las actividades educativas, a las que se ha incorporado a la red comunitaria; el sistema de referencia, capacitación del personal, aumento de recursos humanos, buena imagen institucional, disponibilidad de ambulancia, y la construcción de una sala de partos en un puesto de salud.

Los principales obstáculos a la ampliación de cobertura tienen que ver con las condiciones de vida de las mujeres: problemas económicos, dificultades de acceso geográfico y el hecho de no tener quien les cuide a sus hijos, pero también influye negativamente el machismo y, en unas pocas mujeres, percepción de un trato inadecuado de parte del personal.

INDICE

Pág.

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
I- INTRODUCCIÓN	1
II- ANTECEDENTES	2
III- JUSTIFICACIÓN	3
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
V- OBJETIVOS	3
VI- MARCO TEÓRICO	4
VII- MATERIAL Y MÉTODO	21
VIII- RESULTADOS	24
IX- DISCUSIÓN	34
X- CONCLUSIONES	36
XI- RECOMENDACIONES	37
XII- BIBLIOGRAFÍA	38
XIII- ANEXOS	

DEDICATORIA

A DIOS PADRE ETERNO

Que nos ha concedido el don de la vida y nos ha brindado la oportunidad de estudiar lo que anhelamos. El ha sido nuestra luz, guía y nuestras inspiraciones para escalar cada peldaño de los retos de este mundo.

A NUESTROS PADRES.

Consejeros y ángeles del Altísimo, son nuestra inspiración para estudiar y salir adelante. Comparten siempre las alegrías y sufrimientos de nuestro navegar en el mundo. Hoy le brindamos ésta tesis; esperamos estén orgullosos de sus hijos que tienen en la tierra, que Dios me los bendiga hoy y siempre.

A NUESTROS HERMANO (NAS).

A tí, hermanos(as), amigos(as) únicos(as), compañeros(as) de mi niñez, conocedores de nuestro esfuerzo y trayectoria por la vida, queremos brindarles las gracias por el apoyo que nos han dado, para seguir luchando y terminar hasta el final y haber alcanzado nuestras metas, el compartir con nosotros las dificultades, sacrificios, para lograr superarnos en la vida y desarrollarnos como profesionales.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios Padre maravilloso por el amor y la sabiduría que nos has brindado, a cada instante, creciendo profesionalmente y humanamente conmigo mismo y con el prójimo.

También damos gracias a cada uno de los docentes que con paciencia, entrega y profesionalismo nos brindaron sus conocimientos y nos fueron formando en el campo de la Salud. Especial agradecimiento a mi tutor al Dr. Arnoldo Toruño T., Docente de Salud Pública de la UNAN- León. Que con su tenaz impulso, gran responsabilidad, elevado esfuerzo y profunda dedicación nos ayudo.

I. INTRODUCCIÓN

El parto es un momento crucial para la madre y el niño. Aunque por lo general es un proceso fisiológico, puede complicarse debido a diferentes circunstancias. Las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto causan la muerte de medio millón de mujeres cada año a nivel mundial, la mayoría de ellas en países en desarrollo. Más de 4 millones de recién nacidos mueren cada año la mayoría como resultado de atención prenatal y atención durante el parto deficientes. Además, millones de mujeres y bebés sufren consecuencias debilitantes y de mala salud durante el resto de sus vidas¹

La atención profesional del parto es fundamental para reducir los riesgos de muerte materna e infantil. En el continente americano, los países que tienen menores índices de mortalidad materna son los que registran mayor cobertura de atención institucional del parto².

En Nicaragua, en el año 2001, el 66.3% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud, incluyendo un 59.8% que recibió atención en unidades de salud del sector público³. A pesar de que una minoría de los partos fue atendida en el domicilio o en otro lugar fuera de un establecimiento de salud, cerca del 70% de las muertes maternas ocurren en este grupo de mujeres⁴, lo que evidencia la utilidad de la atención del parto por profesionales para preservar la vida de las mujeres.

Conscientes de la importancia del parto institucional, en el Municipio de Macuelizo se ha fortalecido su promoción en los últimos cuatro años. Cabe mencionar que en este municipio, la atención profesional del parto está casi exclusivamente en manos del Ministerio de Salud, pues no existen clínicas privadas.

II. ANTECEDENTES

Los factores que afectan el parto institucional han sido estudiados en algunos otros lugares. Así, en un estudio realizado en tres municipios de Matagalpa se encontró que las mujeres inasistentes al parto institucional eran predominantemente de origen rural, de escasos recursos económicos, con baja o nula escolaridad, con condiciones higiénico-sanitarias deficientes y con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud. Preferían la atención de sus partos por parteras, confiando en que su embarazo iba normal y que tendrían un parto sin complicaciones. Por otro lado, un factor restrictivo para acudir a las unidades de salud era una imagen negativa de los mismos, en cuanto a infraestructura y funcionamiento, que asociaban a una baja calidad de los servicios. Para estas mujeres, el acudir a una unidad de salud es un inconveniente para el bienestar y estabilidad emocional de los miembros de la familia; la hospitalización generalmente era tomada como recurso de última instancia al considerar las alternativas de tratamiento a los problemas de salud, incluido el parto. El parto en el domicilio estaba determinado en gran medida por las preferencias de marido o compañero en este sentido, y por la información de las que dispusiera la familia⁴. En otro estudio, en Tipitapa, refuerza los hallazgos antes mencionados, y resalta el papel negativo que juegan experiencias de mala atención hospitalaria. Los regaños y la deshumanización en la atención las desalienta. Tienen temor a la episiotomía. El levantamiento y baño precoz después del parto, son contrarias a las costumbres tradicionales y producen recelo. El pudor es una limitante. Por otro lado, las mujeres se sienten seguras y en un clima de confianza con las parteras. En buena parte de las mujeres, el parto en el domicilio se debió a presiones de familiares y amigos, y a dificultades de transporte⁵.

III. JUSTIFICACIÓN

La evaluación del trabajo de promoción del parto institucional en Macuelizo, permite identificar los ajustes necesarios en las acciones futuras. Además, se hace necesario estimar el potencial que tiene esta promoción, puesto que si no es posible alcanzar una cobertura total en el parto institucional, deberán planificarse acciones complementarias para reducir los riesgos de muerte entre el sector de mujeres que no estén en capacidad de acudir al hospital.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se plantean dos problemas de investigación:

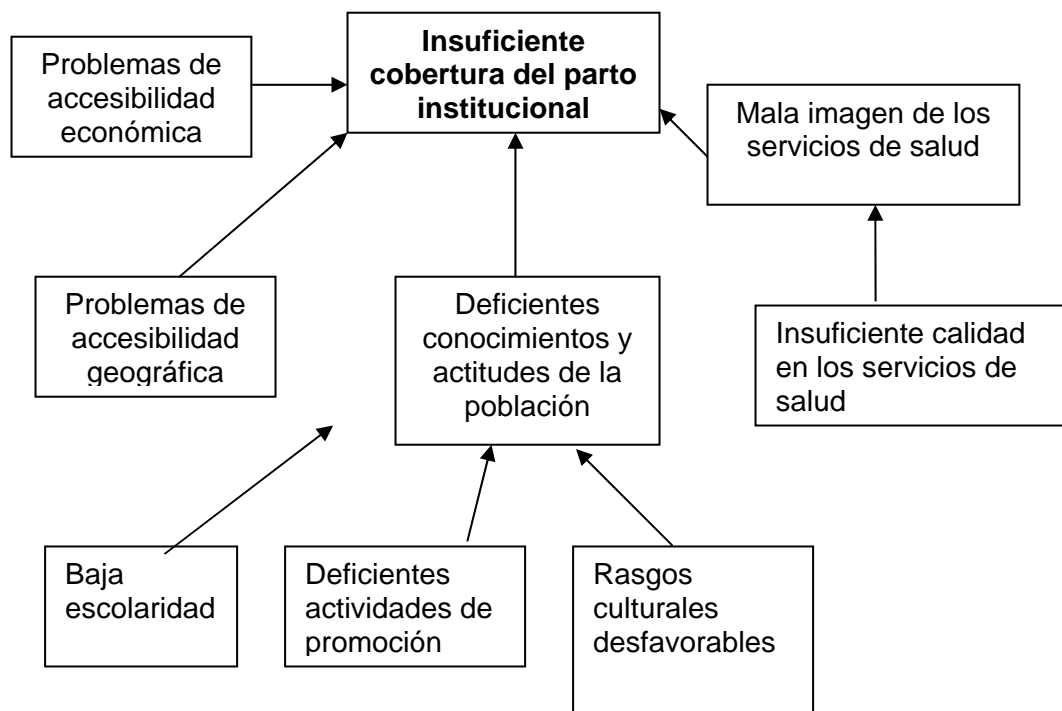
- ¿Qué tan adecuadas han sido las acciones desarrolladas para promover el parto institucional en el Municipio de Macuelizo?
- ¿Cuál es el potencial que tienen las acciones de promoción que se realizan?

V. OBJETIVOS

- Valorar el trabajo de promoción del parto institucional que se ha venido desarrollando en Macuelizo, de manera que se puedan identificar factores que lo favorecen y factores que lo limitan.
- Estimar el potencial que tienen las actividades de promoción del parto institucional, tomando en cuenta las preferencias y posibilidades de las embarazadas.

VI. MARCO TEORICO

Teóricamente, nos planteamos que la insuficiente cobertura del parto institucional en Macuelizo está determinada por diferentes factores, algunos de los cuales son más factibles de modificar mediante las actividades de promoción del parto institucional:



ESTRATEGIAS EN SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

El embarazo es una situación especial que favorece el uso de enfoque de riesgo, que ha sido aplicado extensivamente en la atención médica en los últimos años en varios países. Esto presupone reorganizar la atención de la población, dirigiendo los mayores recursos hacia quienes más los necesitan. Las gestantes deberán tener un modelo de atención selectiva de acuerdo con su condición de riesgo.

Un número grande de mujeres muere por causas relacionadas con el embarazo, el parto, postparto, aborto y cada vez son mayores los porcentajes de mujeres que presentan morbilidad debida a enfermedades de transmisión sexual, infecciones del tracto reproductivo e infecciones de las vías urinarias.

La malnutrición y la desnutrición son factores que agravan las condiciones de salud de las mujeres que repercuten desfavorablemente durante su vida reproductiva; las deficiencias de micro nutrientes hierro, yodo, y vitamina A se presenta con más intensidad en las mujeres embarazadas y adolescentes de los grupos deprimidos económicamente y en aquellas de las áreas rurales.

La mayoría viven en áreas inmersos en un fuerte contexto cultural, a veces infranqueable por los servicios de salud, donde persisten conocimientos, actitudes y prácticas tradicionales que no siempre favorecen su salud.

Las condiciones de salud de las mujeres, aunque han mejorado en gran parte de los países, continúan siendo precarias, mostrando en algunas regiones altas tasas de morbilidad, baja cobertura de servicio y poco acercamiento entre los sistemas de salud institucional y tradicional, inicio precoz de las relaciones sexuales, conductas de riesgo, primer embarazo en edades tempranas y al término de edad reproductiva, así como una baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, acompañada de una creciente demanda insatisfecha de servicio de planificación familiar y de anticoncepción. La persistencia de esta situación se debe a condiciones relacionadas con la calidad, accesibilidad y el grado de la cobertura de los servicios de prenatal y de la atención del parto, y principalmente a la oportunidad en que son ofrecidos los servicios de salud. En las zonas ubicadas en las áreas urbanas marginales las condiciones de las mujeres que habitan son más deprimidas ya que por lo general hay escasez de los servicios básicos de salud.

A su vez las estructuras institucionales de salud y educación no han llegado, las condiciones de salud de las mujeres son aún más graves, empeorando por la falta de

educación en salud y la persistencias de actitudes, prácticas y valores culturales propios, así como la presencia de prácticas de atención tradicional de elevado riesgo que agravan las condiciones de salud sexual y reproductiva.

EXTENSION DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD.

La cobertura de servicios de salud reproductiva es el resultado de una oferta eficaz y sistemática de servicios básicos de salud, así como de la respuesta y la satisfacción de las necesidades de la población, proporcionando de manera continua y en lugares accesibles servicios que garanticen seguridad, calidad y calidez de la atención.

Al hablar de extensión de cobertura, nos referimos a las poblaciones y comunidades rurales y urbanas marginales, estando las primeras constituidas por grupos poblacionales pequeños, con actividades agrícolas o pecuarias, con niveles de ingresos bajos y carencias de servicios.

Existe una población rural dispersa que habita en pequeños caseríos y que conforman grupos familiares aislados por su dispersión; en estos grupos la solución a los problemas de salud reproductiva y especialmente lo relacionado con el proceso de gestación y el parto se da con el uso de agentes tradicionales de la comunidad o en la propia familia, cuya autosuficiencia se considera el mejor servicio ante las ausencias de los servicios de salud públicos.

El sistema tradicional comunitario, ante la ausencia de servicio de salud, ha tratado sus problemas de salud reproductiva haciendo uso de los recursos tradicionales, curanderos, brujos, comadrona, yerberos, rezadores, chamanes, nueceros, sobadores y especialmente parteras tradicionales dentro de un contexto de conceptos tradicionales y valores culturales que predominan en la comunidad, siendo a veces el único que atiende las necesidades de la población.

ESTRATEGIA COMUNITARIA PARA MEJORAR LA ATENCION EN SALUD.

El propósito de desarrollar estrategias de atención en salud reproductiva para la extensión de cobertura hacia el área rural y urbana marginada es fundamental el de reducir la morbilidad y la mortalidad de las gestantes y de los recién nacidos y aumentar la cobertura de planificación familiar para conseguir espacios ínter genésicos adecuados, así como favorecer los embarazos planeados. Para lograr esto, se deben aplicar estrategias que permitan la conjunción de esfuerzos entre el sistema formal y el tradicional para el desarrollo de acciones comunitarias, que rescatando la tradición y respetando los valores propios de la comunidad, introduzcan tecnología que sean capaces de producir cambios.

Las condiciones de salud de las poblaciones mas deprimidas, especialmente del área rural, se encuentran dentro de un contexto de pobreza, aislamiento, insuficiente servicios de salud, acceso dificultado por persistencia de barreras culturales y económicas, utilización insuficiente de profesionales y servicios de salud, donde existen.

Los indicadores de estas regiones nos señalan que el perfil epidemiológico se caracteriza por persistencia de alto índice de mortalidad materna, cuya principal causa son todavía las hemorragias, infecciones e hipertensiones del embarazo. Asimismo, la prevalencia de métodos anticonceptivos es baja y las opciones de una planificación familiar orientada y con toda la gama de métodos anticonceptivos es aun difícil debido a las barreras, especialmente de tipo cultural y geográfico.

Por ello, es necesario acercar los servicios a la comunidad, permitiendo la apertura y la comunicación entre los sistemas institucionales y comunitario, para lo cual se hace necesario pensar en el desarrollo de estrategia de atención primaria, que aseguren la asistencia a los problemas mas sentidos de la comunidad incluido el parto.

CASAS OBSTÉTRICAS COMUNITARIAS PARA EL PRENATAL, PARTO Y POSTPARTO.

En las comunidades donde se ubican varias parteras tradicionales, no siempre es fácil ni recomendable el mejoramiento de todas las viviendas de las parteras. En estos casos y en aquellos donde se identifican morbilidad frecuente en el embarazo y muchas muertes maternas, en coordinación con la comunidad y las parteras, hay que tomar la decisión de concentrar la mayoría de los partos y acercar a la comunidad a los servicios y los servicios a la comunidad. Surge como estrategia en estas circunstancias, el desarrollo de lo que se ha llamado casas obstétricas comunitarias para el prenatal, parto y postparto, que consiste en desarrollar un ambiente construido por la comunidad, donde las parteras identificadas, capacitadas y sensibilizadas concentran toda la atención obstétrica de la comunidad. Estas casas comunitarias para la atención obstétrica deben disponer de un ambiente para entregar educación y atender el control prenatal; se debe habilitar un ambiente para la atención del parto, respetando las costumbres y valores de la comunidad e introduciendo tecnología adecuada para la atención del parto, pudiendo utilizarse una cama ginecológica o atender de la manera que sea mas aceptada por la comunidad.

La alimentación de las mujeres mientras dure su internación en la casa de parto debe ser apoyada por la familia de esta en ocasiones respetando las costumbres y especial la cultura popular.

Este espacio debe convertirse en una unidad de salud comunitaria donde se pueda administrar métodos anticonceptivos reversibles y se haga seguimiento a todas las usuarias de planificación familiar.

La organización de trabajo con parteras tradicionales y el desarrollo de casas obstétricas comunitario de prenatal, parto y postparto permitirá la identificación de alto riesgo reproductivo y obstétrico las que deberán ser derivadas a una unidad de salud de referencia para su seguimiento durante el resto de su prenatal y en espera de la atención del parto. Por la complejidad de la atención comunitaria obstétrica, se

recomienda que la ubicación de estas casas sean cercanas a una unidad de salud de mayor complejidad como son los centros de salud, el hospital rural o una maternidad de referencia. La actividad conjunta de las parteras tradicionales, los líderes de la comunidad y el promotor formarán grupos comunitarios de promoción de salud sexual y reproductiva, debiendo ser los encargados de motivar a las mujeres y familia en el control adecuado de los procesos de embarazo, parto y posparto y planificación familiar principalmente. Debe mantenerse un registro actualizado y permanente en mujeres con algún tipo de riesgo reproductivo u obstétrico, detectar embarazadas, adolescentes para su derivación a un servicio de salud de mayor resolución.

CENTROS DE EMERGENCIAS OBSTETRICA EN ATENCION PRIMARIA.

Estos constituyen el primer nivel de referencias para la emergencia y tratamiento de los casos que puedan ser derivados de la casa de la partera, de las casas comunitarias de parto, directamente del domicilio referido por un líder comunitario. Estos centros están constituidos por las unidades de salud de mayor complejidad y forman parte de los sistemas institucionales de salud que corresponden a los centros de salud, hospital u hospitales regionales o maternidad de primer nivel de referencia. Su importancia es que están ubicado mas cerca de comunidad y pueden dar la atención primaria e inmediata o los casos complicados o de mediano y alto riesgo y sobre todo pueden solucionar las complicaciones del embarazo o del parto.

Con una estrategia de coordinación y acción conjunto entre la comunidad y los servicios de salud, dentro de un marco de respeto y reconocimiento de los valores culturales y el deseo de un cambio que favorezca la salud de la población, se debe promover en los espacios territoriales locales una verdadera articulación de los sistemas institucionales con los tradicionales, de tal manera de potencializar los esfuerzos, recuperar la riqueza de la tradición de los pueblos y adecuar las instituciones de salud para dar mejores respuestas.

CALIDAD DE ATENCION PRENATAL

Hay que tener en cuenta que la atención prenatal es una de las pocas situaciones en que una mujer saludable tendrá contacto con el sistema de salud, favoreciendo la aplicación de otras intervenciones preventivas por lo que es considerado una excelente oportunidad para recomendar conducta que promuevan la salud y abandonar otras perjudiciales para ella y su familia. Los beneficios de la atención prenatal sobre la salud de la madre y del niño han sido demostrados en estudios epidemiológicos llevados a cabo en diferentes comunidades

FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

El término riesgo psicosocial comprende variables diversas como: bajo estatus socioeconómico, factores psicológicos, así como hábitos perjudiciales a la salud. El estatus socioeconómico incluye información sobre ingreso familiar, vivienda, trabajo, escolaridad, condición marital, utilización de los recursos, aspectos nutricionales etc. El bajo estatus socioeconómico se relaciona con pobres resultados perinatales, especialmente partos pretérminos, bajo peso al nacer y de mortalidad infantil.

Algunos problemas psicológicos de la madre como alto nivel de estrés, limitada red de apoyo, trastornos emocionales, son de importancia crítica para comprender los resultados y lograr los objetivos de la atención prenatal.

La mayoría de las muertes maternas tienen las mismas causas.

Cada año, más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas. La mayor parte de esos embarazos terminan con el nacimiento de un niño vivo de una madre sana. Sin embargo, para algunas mujeres el parto no es el acontecimiento feliz que debería ser, sino de dolor, miedo, sufrimiento y aún de muerte.

Debido a las dificultades asociadas con el parto, las mujeres por lo general requieren de asistencia para dar a luz. El nacimiento de un niño puede estar rodeado de tradiciones, muchas de ellas beneficiosas, pero también otras que son perjudiciales. Muy a menudo, durante el trabajo de parto no se identifican ni se reconocen las necesidades de la

mujer, y como resultado, el parto puede producir la incapacidad y muerte de la madre, del recién nacido o de ambos.

La OMS estima que por lo menos el 15% de las mujeres embarazadas requieren atención obstétrica calificada de emergencia y si carecen de dicha atención, sufrirán enfermedades e incapacidades serias y crónicas. En los lugares donde el aborto no seguro se practica con frecuencia, probablemente dicho porcentaje es mucho más alto. Sin embargo, no todos esos casos necesariamente deben atenderse en un hospital, algunos pueden atenderse en un centro de salud.

Cada año las complicaciones del embarazo resultan fatales para casi medio millón de mujeres. Esencialmente, las causas que ocasionan estas muertes son las mismas alrededor del mundo. Se estima que 127,000 mujeres, es decir 25%, mueren por hemorragia, 76,000 (15%) por sepsis, 65,000 (12%) por desórdenes de hipertensión durante el embarazo, 38,000 (8%) por trabajo de parto obstruido y 67,000 (13%) por aborto. Alrededor de 20% de las mujeres mueren a causa de enfermedades que se exacerban durante el embarazo, tales como la malaria, la anemia por deficiencia de hierro, la hepatitis, la tuberculosis (TB) o las enfermedades cardíacas. Aunque la mayor parte de las mujeres sobreviven a estas complicaciones, ellas sufren problemas de salud graves y debilitantes, como anemia, infecciones del tracto reproductivo o incapacidad permanente, como la fístula obstétrica que causa la marginación de la mujer hasta de su propia familia.

Subyacente a las causas médicas de mortalidad se encuentran los factores sociales y culturales implicados en la morbilidad y mortalidad materna. La muerte es sólo el último capítulo de una historia que se inicia mucho antes en la vida de la mujer. En muchas partes del mundo, se discrimina a la niña en términos de distribución de los recursos familiares y del acceso a los servicios de salud. En países donde la posición de la mujer se encuentra en las esferas más bajas de la escala social, su salud, educación y necesidades emocionales ocupan un segundo lugar en comparación con las necesidades del hombre.

Los estudios indican que las niñas no reciben el tratamiento médico necesario cuando están enfermas o reciben atención inadecuada y se les relega a una posición de subordinación desde el momento que nacen. Las niñas son las últimas en ser alimentadas y se les proporciona menos alimentos, se les sobrecarga de trabajo y se les subeduca, y sólo pueden demostrar su valor teniendo muchos hijos y desde muy temprana edad.

La mortalidad materna es un síntoma que refleja la negligencia con que se ha tratado a la mujer y esto no debe continuar. En nombre de la equidad y de los derechos humanos, ha llegado el momento de pasar de la promoción de la maternidad segura a la acción a escala nacional. Para esto es necesario poner a disposición de los países las técnicas e instrumentos necesarios para implementar intervenciones en gran escala y que signifiquen una inversión mínima de recursos adicionales.

La mayoría de las complicaciones del embarazo pueden prevenirse o tratarse

Cualquiera mujer puede desarrollar complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto. Aunque algunos embarazos presentan más riesgos que otros, no es posible predecir con certeza y en forma individual cuando aparecerá una complicación. Por ello, se debe tratar el embarazo como un período especial durante el cual todas las mujeres deben tener acceso a los cuidados apropiados, acorde a su estado y buscar tratamiento para ciertos signos y síntomas.

Se han realizado esfuerzos para reducir la mortalidad materna y perinatal. En varias ocasiones se ha tratado de identificar a las poblaciones y a los individuos que presentan alto riesgo. La identificación de poblaciones lleva a la creación de estrategias específicas de salud pública, basándose en prioridades relacionadas con los recursos. La identificación de individuos de alto riesgo lleva a tomar decisiones clínicas específicas, involucrando el tratamiento del individuo (por ejemplo, consejos, referencia, tratamiento clínico). Como modelo puede presentarse una historia de problemas

durante el trabajo de parto y durante el parto y durante el parto mismo. Si se anticipan posibles emergencias como éstas durante el cuidado prenatal, puede aconsejarse a la mujer que de a luz en un centro de salud u hospital, o puede enviarse a una casa de espera materna durante las últimas semanas del embarazo.

Sin embargo, no es suficiente la detección de riesgo en el embarazo para identificar a todas las mujeres que desarrollarán complicaciones durante el trabajo de parto o el parto mismo. En muchos países, la razón puede estar relacionada con la mala calidad de atención, incluyendo las aptitudes y motivación de los trabajadores de la salud. Otra limitación importante es que las complicaciones también ocurren en mujeres que no presenten factores de riesgo. Como las complicaciones obstétricas muchas veces no se pueden predecir, deben realizarse esfuerzos para brindar cuidados esenciales que sean accesibles, aceptables y que estén disponibles para todas las mujeres embarazadas.

Muchas de las complicaciones pueden prevenirse ofreciendo cuidados de buena calidad durante el período prenatal, de trabajo de parto, de parto y de postparto.

La reducción de la mortalidad materna puede lograrse en un plazo breve mediante la combinación de diferentes intervenciones. Se puede disminuir la mortalidad materna y neonatal reduciendo el número total de embarazos, especialmente entre mujeres con alto riesgo. Al brindar información sobre planificación familiar, los servicios de salud pueden contribuir a evitar los embarazos no deseados, los embarazos a una edad muy temprana, los embarazos demasiado seguidos y los embarazos tardíos. Los patrones de fertilidad de alto riesgo contribuyen significativamente al elevado número de muertes maternas y neonatales.

Sin embargo, la planificación familiar sólo puede ayudar a resolver parte del problema. Una vez que la mujer está embarazada se requiere una estrategia de doble intervención. Primero, reducir el número de complicaciones obstétricas mediante el ofrecimiento de atención prenatal continua y atención de parto y posparto. Segundo, disminuir la tasa de mortalidad entre mujeres con complicaciones, asegurando el

acceso de toda mujer a los servicios de atención especial para complicaciones y emergencias.

En China y Cuba existe una prueba similar sobre la eficacia de las intervenciones en salud. Ambos países establecieron sistemas de salud basados en la comunidad, los cuales comprenden atención prenatal, durante parto y durante el posparto, y un sistema de referencia para casos con complicaciones. Cuba estableció las casas de espera materna, donde las mujeres embarazadas que viven muy lejos de los servicios de salud pueden esperar el momento del parto en un lugar cercano a los centros de salud u hospitales. En China, una extensa campaña de concienciación sobre la necesidad de tener un parto limpio dio como resultado la disminución masiva de muertes relacionadas a la sepsis. Sin embargo, las hemorragias siguen siendo un problema en las áreas rurales con población dispersa, donde es difícil tener acceso a servicios de salud.

La experiencia de Suecia es igualmente relevante. En la segunda mitad del siglo XIX, la capacitación y asignación de matronas calificadas a las comunidades condujo a una considerable reducción de la mortalidad materna en dicho país. Esto demostró claramente el gran impacto que tiene la atención de las matronas calificadas, aún en áreas rurales con población dispersa.

La maternidad segura también beneficia a los bebés

Para los bebés el parto también representa un riesgo. Las complicaciones que causan la muerte y las discapacidades a las madres también perjudican al niño que llevan dentro (cuadro 1). Cada año, de 8.1 millones de muertes de infantes, aproximadamente la mitad ocurre durante el período prenatal o antes de que el bebé cumpla un mes de vida. Cada año se producen 4 millones de muertes perinatales, de las cuales 2 millones ocurren durante la primera semana de vida.

Estas muertes intrauterinas y neonatales en su mayoría son el resultado de los mismos factores que causan la muerte y la discapacidad en las madres. Los recién nacidos

mueren o sufren discapacidades por mala salud de la madre, atención prenatal inadecuada, manejo inapropiado y falta de higiene durante el parto y en las primeras horas críticas después del nacimiento, carencia de atención al recién nacido y discriminación en los cuidados.

Cuadro 1. Cómo afectan las complicaciones a la madre y al recién nacido

Problema o complicación	Efectos más graves sobre la salud de la madre	Efectos mas graves sobre el recién nacido/feto
Anemia aguda	Falla cardiaca	Bajo peso al nacer, asfixia, mortinato
Hemorragia	Conmoción cerebral, falla cardiaca, infección	Asfixia, mortinato
Desórdenes hipertensivos del embarazo	Eclampsia, accidentes cerebro vasculares	Bajo peso al nacer, asfixia, mortinato
Sepsis puerperal	Septicemia, shock	Sepsis neonatal
Parto obstruido	Fístula, ruptura del útero, prolapso, amnioititis, sepsis	Asfixia, sepsis, parto de feto muerto, trauma al nacimiento, incapacidad
Infección durante el embarazo, enfermedades de transmisión sexual	Trabajo de parto prematuro, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad	Parto prematuro, infección de los ojos del neonato, ceguera, neumonía, parto de feto muerto, sífilis congénita
Hepatitis	Falla hepática	Hepatitis
Malaria	Anemia aguda, trombosis cerebral	Parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino
Embarazo no deseado	Aborto no seguro, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragia, infertilidad	Riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad, abuso infantil, descuido y abandono del niño
Parto en condiciones no limpias	Infección, tétanos materno	Tétanos neonatal, sepsis

La mayor parte de las muertes neonatales son causadas por infecciones que se producen durante el nacimiento (tétanos neonatal y sepsis) o poco tiempo después (neumonía, diarrea). Casi 33% de las muertes neonatales son causadas por asfixia y trauma al nacer. Los nacimientos prematuros son la causa del 10% de las muertes de los recién nacidos. Sin embargo, debido a que los recién nacidos prematuros son mucho más susceptibles a sufrir asfixia y sepsis, con frecuencia sus muertes se clasifican bajo otras categorías. Muchos niños sobreviven, pero con discapacidades para el resto de sus vidas. Se desconoce la proporción de muertes de recién nacidos del género femenino que son el resultado directo del descuido y abandono.

La atención apropiada de la salud durante el embarazo y el parto pueden reducir substancialmente la mortalidad neonatal. Sin embargo, esta debe ir acompañada de cuidados especiales y otras medidas para combatir también las discapacidades que ocurren debido a causas postnatales, tales como infecciones (tétanos, sepsis), la hipotermia o el tratamiento inadecuado de la asfixia. La mayor parte de las muertes postnatales son causadas por enfermedades prevenibles y/o tratables. Las intervenciones preventivas son sencillas y de bajo costo. La mayoría de las veces los cuidados del recién nacido deben llevarse a cabo al mismo tiempo que los cuidados de la madre, y esto debe realizarlo el mismo proveedor que atiende el caso.

Los bebés que sobreviven la muerte de la madre raras veces llegan a su primer año de vida. Los hermanos mayores pueden verse en la obligación de suspender su educación para buscar empleo pagado y si son niñas, para cuidar al resto de la familia. En muchas sociedades, para una niña la pérdida de su madre puede ser especialmente catastrófica. Mientras que la muerte de cualquiera de los padres daña las posibilidades de supervivencia de los hijos, para las hijas, la pérdida de la madre es con frecuencia fatal (6).

La atención durante el parto.

Un elemento básico de la atención de la salud materna es que toda mujer debe contar con la asistencia de una persona calificada durante el parto, tanto si esta se produce en

caso como en la unidad de salud. Sin embargo la realidad es distinta. Mientras en países desarrollados una partera capacitada o un médico asistente prácticamente atiende a todos los nacimientos, en Asia es un 49%, y un 34% en África (7).

Muchos nacimientos son asistidos por parteras tradicionales cuya capacitación en las prácticas de higiene es limitada o inexistente; aunque en muchos sentidos estas parteras satisfacen las necesidades de las mujeres y sus familias en el parto, muchas de las prácticas son nocivas y manifiestan faltas de adiestramiento.

Las emergencias en el momento del parto son evitables. Una atención prenatal adecuada en el embarazo haría posible identificar algunas de las mujeres que corren alto riesgo de complicaciones. Las estadísticas sobre la extensión de la cobertura de atención prenatal y durante el parto son limitadas. No todos los embarazos son registrados, muchas mujeres terminan abortando y la calidad de los registros sobre las que reciben atención adolecen de precisión.

Un fenómeno importante en los últimos decenios ha sido el mejoramiento progresivo del nivel educativo de la población de las Américas. Estudios realizados en Centroamérica, por ejemplo, encontraron que la tasa de mortalidad infantil en los hijos de mujeres analfabetas era tres veces mayor que la de hijos de mujeres alfabetas (8).

Un estudio realizado bajo el auspicio de la OPS, en 1610 servicios de salud en 20 países de América latina, revela que el 80% de los servicios se ubica en el grupo insatisfactorio, el rubro participación comunitaria es el componente más frágil el un 66% el que el autoritarismo y la exclusión de la comunidad en la toma de decisiones aún en los servicios de nivel primario, son frecuentes.

Así mismo, en la mayoría de los casos, los peores servicios se encuentran en las áreas más pobres, lo que revela la falta de equidad en la distribución de la calidad de los servicios. Quienes más necesitan tienen nulo o escaso acceso y cuando lo logran lo hacen a los peores servicios. En general, la hospitalización tanto obstétrica como pediátrica muestra peores condiciones que la atención ambulatoria. En síntesis, los

progresos en la expansión de las coberturas en las intervenciones específicas para la salud del niño ha sido significativa, sin embargo no ha ocurrido igual con las mujeres. Existen necesidades de las mujeres que provienen de las desigualdades socioeconómicas y culturales, que originan asimetría de género, tanto en la exposición a riesgos para la salud y la supervivencia como en las oportunidades de acceso y de control sobre los recursos necesarios para la protección de la salud.

En término de contribución al total de defunciones, las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, continúan constituyendo unas de las cinco principales causas de defunciones de las mujeres de 15-49 años, en los 12 países de América Latina y del caribe y una de las 10 principales en la mayoría de los restantes países de la sub región.

Este hecho es de sobremanera inquietante cuando se considera que tales defunciones son esencialmente prevenible y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla para impedirla.

Con la preocupación que amerita la interpretación de tendencia partiendo de una base deficiente de información, el examen de la evolución de la mortalidad materna durante el periodo 1970-1988, mostró descenso en la mayoría de los países de las Américas, y surgió una tendencia al aumento en algunas de ellas (El Salvador, Guyana, Jamaica, Nicaragua y Perú).

A nivel mundial se ha estimado que por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, de 10-15 sobreviven con daños graves y perdurables para su salud; la incontinencia, prolapso uterino, esterilidad, fístulas y otros problemas derivados de tales complicaciones acarrear consecuencias, a menudo devastadoras para la calidad de vida de las sobrevivientes.

Las condiciones de mujeres y su salud están estrechamente asociadas, por lo tanto el esfuerzo que se haga en función de mejorar la salud de las mujeres debe dirigirse al daño que ocasiona las costumbres sociales, las tendencias culturales que influyen a

sus características de género, donde en el campo de la educación formal, están en inferioridad con respecto a los hombres, especialmente en áreas rurales, siendo relegadas a la función doméstica y reproductiva ocasionándole envejecimiento precoz. Generalmente cuando las tasas de mortalidad materna son elevadas, las condiciones sociales de las mujeres son bajas (5)

VII. MATERIAL Y METODO

1- Diseño del estudio

El estudio se realizó en base a metodologías cualitativas y cuantitativas:

- A. Entrevistas a profundidad a informantes claves
- B. Revisión documental
- C. Encuesta para conocer las preferencias y posibilidades de las embarazadas para tener sus partos.

A- Entrevistas a profundidad a informantes claves:

Se realizó con el propósito de obtener información sobre: a) los recursos que se han utilizado para aumentar la cobertura del parto institucional, b) naturaleza de las actividades realizadas con tal fin; c) factores facilitadores y limitantes del parto institucional; d) papel que ha jugado la casa materna de Ocotil.

Se tomaron como informantes claves a las siguientes personas:

- Directora municipal de salud.
- Responsable de atención integral a la mujer
- Responsable de la casa materna de Ocotil.
- Mujeres que parieron en el último año. Se entrevistó a un total de 16 mujeres, distribuidas así: 12 que tuvieron parto domiciliar y 4 con parto en una unidad de salud. Se seleccionaron de la siguiente manera:
 - De las 22 comunidades que conforman el municipio, se tomó la cabecera municipal y, mediante sorteo simple, otras tres comunidades.
 - Para cada una de las cuatro comunidades seleccionadas se elaboró una lista de mujeres que han tenido parto en el último año, contando para este fin con registros que lleva el Centro de Salud de Macuelizo.
 - En cada una de estas comunidades, de entre las mujeres que hayan tenido parto institucional, una de ellas fue seleccionada mediante sorteo. De entre las mujeres que tuvieron parto domiciliar, tres fueron seleccionadas por sorteo.

Se han preparado guías para estas entrevistas, que se presentan en el anexo. Las mismas se realizaron luego de obtener consentimiento de las personas, que fueron informadas de que su participación es voluntaria, y que, por tanto, están en derecho de negarse a ser entrevistadas que se presentan en el anexo. De las entrevistas se tomaron notas, con el fin de recoger la información de la manera más fiel posible.

B- Revisión documental:

Se revisaron las estadísticas relativas al número de partos atendidos institucionalmente en cada uno de los últimos seis años, así como el total de partos ocurridos en ese mismo período. En base a estos datos, se calculó el porcentaje de cobertura.

C- Encuestas a embarazadas.

Tuvo como finalidad obtener información sobre preferencias y posibilidades de estas mujeres en cuanto al lugar del parto. Se trató de entrevistar a todas las embarazadas que están registradas en las unidades de salud durante el mes de septiembre, bien sea que estén activas o que sean inasistentes. En este caso fueron buscadas en sus casas, se espera de esta manera entrevistar a más del 90% de mujeres. El cuestionario a utilizar se presenta en el anexo.

2- Área del estudio.

El presente estudio se realizó en el Municipio de Macuelizo, Nueva Segovia ubicado al oeste de la Ciudad de Ocotal, limita al este con Ocotal y Dipilto y al norte con Honduras, al oeste con el municipio de Santa María y al sur con el municipio de Somoto; la población total es de 5901 habitantes, distribuida en 21 comunidades y el casco urbano. El municipio cuenta con un Centro de Salud (Vicente Godoy) y dos puestos de salud Julio Cesar Martínez en la comunidad de Ococona y Suyatal. En general, se procura que las mujeres tengan su parto en el Hospital de Ocotal; se atienden en las unidades de Salud de Macuelizo solo cuando las mujeres llegan en período expulsivo.

3. Consideraciones éticas:

- Las mujeres seleccionadas para ser entrevistadas fueron informadas de los objetivos del estudio, y se les hizo saber que estaban en libertad de aceptar o no brindar la entrevista. Todas aceptaron voluntariamente, mostrando interés y buena disposición.
- La información ha sido manejada de forma confidencial. En ningún caso, se ha publicado el nombre de las participantes.
- En la selección de las participantes no había ningún lugar para preferencias o rechazo de nuestra parte.
- Se tuvo cuidado de no inducir las respuestas en un determinado sentido.
- No se divulgarán los resultados antes de la defensa de la tesis.
- Los resultados sólo se han utilizado para los fines del estudio.

VIII. RESULTADOS

A. RESULTADOS DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.

En base a las entrevistas a la directora del MINSA en Macuelizo, a la responsable de AIMNA de Nueva Segovia y a la responsable de Casa Materna de Ocotál, se conoce que los medios de que se han valido para realizar promoción del parto institucional son los siguientes:

- Sistema de referencia y contra referencia comunitario (SICO).
- Ambulancia.
- Una sala de partos en el municipio (en la comunidad de Ococona)
- La casa materna en Ocotál.
- Sensibilización al personal de salud.
- Salidas integrales a terreno, a comunidades alejadas, una vez por semana, en las que se motiva a las embarazadas al parto institucional.
- Capacitación y trabajo de las parteras, que al identificar factores de riesgo refieren a las embarazadas a una unidad de salud; ellas ya no quieren partear, disminuyendo de esta manera el parto domiciliar.
- La capacitación y aumento de recursos humanos en unidades de salud.
- Atención gratuita en la Casa Materna.
- Actividades educativas por parte de brigadistas de salud en todas las comunidades.
- Uso de medios audiovisuales en las actividades educativas, incluyendo murales.
- Utilización de programas televisivos y cuñas radiales.
- Folletos

Las principales dificultades que encuentran para incrementar la cobertura del parto institucional son las siguientes:

- El bajo nivel educativo
- Cultura machista; el marido no les da permiso de salir
- Las mujeres no tienen quien les cuide a sus hijos, ni quien las cuide en el Hospital.
- Problemas económicos.
- Dificultades de acceso geográfico, de sus comunidades a las unidades de salud.
- Limitado horario de atención en el centro y puestos de salud.
- La casa Materna tiene dificultades para ofrecer la alimentación. En general, tiene insuficiente financiamiento y recursos humanos. A algunas mujeres no les gusta el ambiente de Casa Materna. Debido a lo anterior, hay de 3 a 5 abandonos.
- La coordinación entre la casa materna y el MINSA no es óptima.

En general, el trabajo que realiza la casa materna en la promoción del parto institucional es bueno. Les explican a las embarazadas la importancia del parto institucional, y les brindan albergue, alimentación y atención, pero necesita mayor apoyo económico, más personal, y equipamiento adicional (utensilios de cocina, ropa de cama, batas, abanico, sillas adecuadas para dar de lactar, etc.). Vive de proyectos o patrocinadores no permanentes. Hace más de lo que pueden hacer.

Los logros alcanzados con los esfuerzos para aumentar la cobertura del parto institucional son buenos: La mortalidad materna ha disminuido. Sin embargo, falta que las embarazadas busquen más temprano la institución, antes de que se presente cualquier complicación: Para esto se necesita el apoyo de toda la comunidad.

RESULTADOS DE ENTREVISTA A MUJERES QUE PARIERON EN LOS PRIMEROS MESES DE 2006.

La mayoría de las mujeres necesitan entre 4 y 6 horas para llegar de sus casas al centro de salud, ubicado en la cabecera municipal. La pregunta no era referida a los puestos de salud, en cuyo caso el tiempo requerido hubiera sido menor, en vista de que para la atención de partos y su posible referencia al hospital, lo que cuenta es llegar al centro de salud. Una excepción la constituye la comunidad de Ococona, que cuenta con un puesto de salud también equipado para la atención de partos.

En cuanto a la escolaridad de las mujeres, la mayoría sólo tiene aprobado entre segundo y sexto grado de primaria. Un porcentaje menor corresponde a analfabetas.

Razones para haber tenido parto institucional o domiciliar.

Entre las mujeres que tuvieron parto domiciliar, la mayoría señaló que el motivo principal para ello eran las limitaciones económicas. Otras razones fueron el desconocimiento u olvido de la fecha probable de parto, dificultades de acceso geográfico, no disponer de alguien que les cuide sus hijos, y algunas por considerar que no necesitaban ir al hospital, pues no estaban enfermas. En la realidad, una gran parte hubiera preferido parir en el Hospital, pero no lo hicieron por los factores antes mencionados. Son pocas las que preferían el parto en la casa.

Entre las que tuvieron sus partos en el Hospital, la principal razón señalada fue el temor a que su parto fuera complicado. Una mencionó que las embarazadas reciben especial atención. Todas preferirían parir siempre en el Hospital.

Valoración de las entrevistadas sobre la atención recibida en el Centro de Salud y en el Hospital.

La gran mayoría de las mujeres que parieron en el Hospital expresaron valoraciones positivas sobre la atención recibida, como el buen trato y los conocimientos del personal hospitalario; expresaron que el equipo médico se interesa por la madre y por el hijo; que reciben una valoración continua, les identifican problemas, y saben qué hacer en caso de cualquier complicación que se presente.

En general, las mujeres que tuvieron su parto en el domicilio tienen una imagen de la atención hospitalaria que coincide bastante con la percepción que tienen las que sí recibieron atención hospitalaria.

En ambos grupos, una minoría considera que la atención es regular, ya que les hacen groserías. Algunas de las mujeres que parieron en el domicilio señalaron que en las unidades de salud con frecuencia regañan a las mujeres.

Opinión sobre la atención que brindan las parteras y el grado de confianza que les tienen.

De las que parieron en domicilio consideran que la atención que dan las parteras es buena, coincidiendo con la opinión de algunas que parieron en el Hospital.

Las que parieron en el domicilio refieren tener mayor confianza con las parteras, no las regañan, ni las hacen groserías; algunas consideran que es regular debido al poco conocimiento que estas tienen para actuar al momento de una complicación durante el parto.

Del grupo que parió en el Hospital, algunas consideran que la atención por parteras es mala, y que les inspiran poca o ninguna confianza; sólo les consultan cuando no pueden hacerlo con un médico, porque aquellas saben poco y desprestigian a las mujeres.

Grado de facilidad o dificultad para parir en una unidad de salud.

Para las que parieron en el domicilio, la mayoría encuentra difícil parir en la unidad de salud, debido a los factores mencionados anteriormente: económico, geográfico y por no tener quien les cuiden a sus hijos. Todas fueron animadas a que parieran en la Institución, por parte del personal médico en las unidades de salud, brigadistas de salud, familiares, amigos y vecinos en sus comunidades.

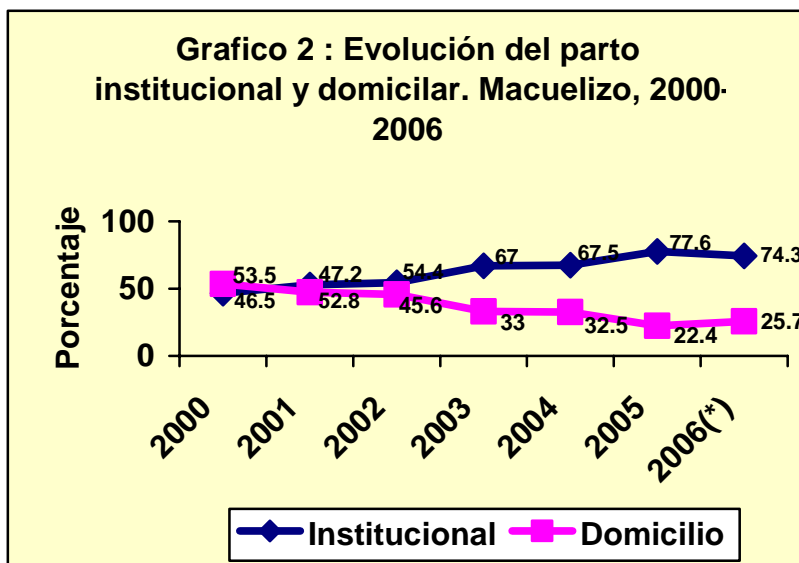
Todas las que tuvieron parto institucional argumentan que no les resulta difícil parir en el Hospital, porque les facilitan el servicio de ambulancia, hay apoyo familiar y los médicos animan al momento del parto. Nadie las animó a que parieran en la institución y fueron porque ellas lo decidieron.

Recomendaciones que hicieron las mujeres entrevistadas para fomentar el parto institucional.

Todas coinciden en que el personal de salud debe ofrecer charlas, mejorar el trato hacia las embarazadas, reparar los caminos, mejorar la economía mediante la creación de empleos, y que la atención médica se brinde sin atrasos. Sólo las que parieron en la institución consideran clave asistir constantemente a la atención prenatal.

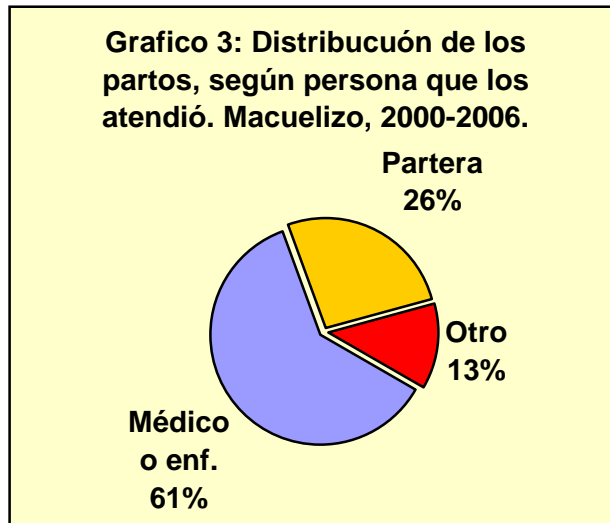
B. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL

En la revisión documental se encontró que la cobertura de parto institucional ha venido aumentando desde el año 2000, cuando era menor que el parto domiciliario, hasta alcanzar más del 70% en los dos últimos años, como se puede observar en el gráfico 2 y, de manera más detallada, en un cuadro en los anexos.



Persona que atiende el parto

En la totalidad del período estudiado, el 61% de los partos han sido atendidos por médicos o enfermeras. El resto han sido atendidos por parteras y por otras personas (gráfico 3 y anexo).



Taza de mortalidad Neonatal y Materna.

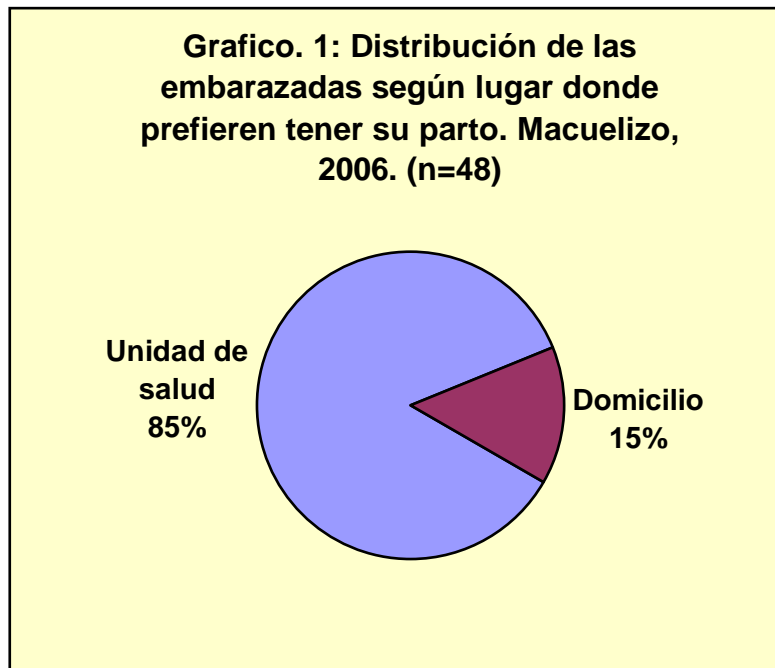
La tasa de mortalidad Neonatal ha sido cambiante en los últimos siete años con una media de 12.3%, siendo de 0.0% en el año 2004 y de 33.3% en el año 2005. Ver detalladamente en cuadro en anexo.

C. RESULTADOS DE ENCUESTA A 48 MUJERES EMBARAZADAS.

Preferencias por lugar para tener el parto.

La mayoría de las embarazadas prefiere tener su parto en una unidad de salud, como puede verse en el gráfico 1. Cabe señalar que de las 5 mujeres que viven a cinco horas o más de la unidad de salud, 3 prefieren tener su parto en el domicilio, mientras que entre las que viven a menos de 5 horas, el 88.4% prefiere tener su parto en el hospital. Entre mujeres que tienen como mínimo el cuarto grado de escolaridad, 92% prefieren tener su parto en el hospital. La cifra correspondiente al grupo de mujeres constituido por las de escolaridad inferior fue de 78.3%.

El porcentaje de primigestas que prefiere parir en el hospital es sólo un poco mayor del observado en mujeres que han tenido embarazos anteriores: 87% y 84.4%, respectivamente.



Expectativas de poder cumplir sus deseos de tener sus partos en el Hospital.

Entre las mujeres que prefieren tener su parto en el hospital, la gran mayoría piensa que podrá cumplir esta aspiración, como puede verse en el cuadro 1:

Cuadro 1: Distribución de embarazadas que quieren parir en el Hospital, según sus expectativas de poder cumplir esta aspiración. Macuelizo, 2006

Expectativas	Número	%
Si, con seguridad	25	61.0
Es lo más probable	14	34.1
Talvez sí, talvez no	1	2.4
Es poco probable	1	2.4
Total	41	100.0

Razones para preferir el parto domiciliario

Entre las 7 mujeres que dijeron que preferían tener su parto en el domicilio, la principal razón para esta actitud tiene que ver con dificultades económicas, como puede verse en el cuadro 2.

Cuadro 2: Proporción de mujeres que mencionaron determinadas razones para preferir tener el parto en el domicilio. Macuelizo, 2006.

Razones	Proporción
Dificultades económicas	7/7
Separación de la familia	5/7
Confianza con partera	3/7
Dificultades de acceso	3/7
Oposición del marido	2/7
Temor a la episiotomía	1/7

Valoración de las embarazadas sobre la atención que ofrece el hospital.

De las 48 embarazadas, 21 (43.8%) han tenido algún parto en el Hospital. La gran mayoría de ellas valora como buena o muy buena la calidad de la atención y la forma como fueron tratadas en el Hospital, como puede verse en el cuadro 3:

Cuadro 3: Distribución de embarazadas que han tenido partos en el hospital, según sus valoraciones sobre la atención recibida. Macuelizo, 2006.

Aspectos	Muy bueno	Bueno	Regular	Total (n=21)
Calidad de atención	42.9	42.9	14.2	100.0
La forma de tratar a las pacientes	28.6	71.4	0.0	100.0

Conocimiento y valoración sobre la casa materna de Ocotál

El 95.8% de las embarazadas conocen, o al menos han oído, sobre la casa materna de Ocotál. Aproximadamente dos tercios de ellas considera muy necesario el funcionamiento de la misma, como puede verse en el cuadro 4:

Cuadro 4: Distribución porcentual de las embarazadas, según sus valoraciones sobre el grado de necesidad de la existencia de la Casa Materna en Ocotlán. Macuelizo 2006.

Necesidad	Número	%
Mucho	31	64.6
Algo	11	22.9
Poco	6	12.5
Total	48	100

De 13 embarazadas que han estado en la Casa Materna. Aproximadamente tres cuartas partes de ellas valoran como bueno o muy bueno el trato del personal, la atención médica que allí se ofrece y las explicaciones y/o orientaciones que les dan. De las 35 embarazadas que no han estado en la casa materna, 33 emitieron una opinión sobre la misma, seguramente basadas en lo que han escuchado sobre la misma. Estas opiniones coinciden bastante con las expuestas por aquellas que sí han estado (cuadro 5).

Cuadro 5: Distribución de las embarazadas, según sus valoraciones sobre diferentes aspectos de la casa materna. Macuelizo, 2006.

Aspectos	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Total
A. Entre mujeres que han estado en la casa materna (n=13)					
Trato del personal	23.1	53.8	20.5	2.6	100.0
Atención médica	16.7	69.0	12.0	2.3	100.0
Explicaciones, orientaciones	17.2	54.7	0.0	0.0	100.0
B. Entre mujeres que no han estado en la casa materna (n=33)					
Trato del personal	19.2	53.8	26.9	0.0	100.0
Atención médica	20.7	65.5	13.8	0.0	100.0
Explicaciones, orientaciones	18.2	63.6	13.6	4.5	100.0

Nota: Entre las mujeres que no han estado en la casa materna, se excluyeron 2 que no expresaron opinión.

Gastos que implica ir a la Casa Materna.

Un 38% de las embarazadas que han estado en la casa Materna consideran que los gastos que implica ir a la Casa Materna son muchos. La cifra correspondiente entre las que no han estado, es de 68.6% (cuadro 6)

Cuadro 6: Distribución porcentual de las mujeres, según sus valoraciones sobre los gastos que implica ir a la Casa Materna. Macuelizo 2006.

Gastos	Nº	%
A. Entre mujeres que han estado en la casa materna		
Mucho	5	38.4
Algo	4	30.8
Poco	4	30.8
Total	13	100
B. Entre mujeres que no han estado en la casa materna		
Mucho	24	68.6
Algo	5	17.1
Poco	6	14.3
Total	35	100

IX. DISCUSION

Valoración del trabajo de promoción del parto institucional realizado en Macuelizo

Son positivos los resultados del trabajo de promoción del parto institucional, pues ha mostrado una clara tendencia al incremento en el período estudiado. No ha habido muertes maternas en los últimos seis años y la tasa de mortalidad neonatal ha sido cambiante desde 0 a 33.3%.

A. Factores que favorecen el parto institucional en Macuelizo:

El principal factor que favorece el parto institucional en Macuelizo es la decisión que se tomó hace unos años de promoverlo. A partir de esta decisión, se han desarrollado diferentes actividades para conseguirlo. Lo principal ha sido una amplia gama de actividades educativas. Estas se han desarrollado tanto mediante comunicación personal como por medios masivos de comunicación; las ha realizado directamente el personal de salud, pero también la red comunitaria, con sus brigadistas y parteras. Esto último es relevante, pues se ha visto en otros lugares que la red comunitaria ha estado poco dedicada a la promoción de la salud de las mujeres, y se ha dedicado principalmente a cuidar la salud infantil y a la prevención de enfermedades transmisibles.

La actividad educativa ha rendido frutos, al crear en la gran mayoría de las mujeres una actitud positiva hacia el parto institucional. Casi todas prefieren tener sus partos en una unidad de salud.

Como complemento a la actividad educativa, se han incrementado las facilidades para que las mujeres puedan tener sus partos atendidos en una unidad de salud: construcción de una sala de partos en el puesto de salud de Ococona, volver gratuitos los servicios de la casa materna, disponer de una ambulancia en la unidad de salud, capacitación y el aumento de los recursos humanos en Macuelizo.

B. Las dificultades.

Las principales dificultades para alcanzar una mayor cobertura del parto institucional en Macuelizo tienen que ver con las condiciones de vida de las mujeres. En efecto, problemas económicos, de dificultades de acceso geográfico y el hecho de no tener quien les cuide a los niños limitan las posibilidades de una parte de las mujeres para acudir a una unidad de salud. Rasgos culturales adversos, como el machismo, juegan un papel negativo. El horario limitado de atención en las unidades de salud también limita la atención. Las dificultades económicas de la Casa Materna de Ocotil, que crea limitaciones en la oferta de alimentación y atención, desestimula a algunas mujeres de su utilización. Se percibe que la coordinación entre la misma y el MINSA no es óptima.

El potencial que tienen las actividades de promoción del parto institucional.

Como se ha visto anteriormente, la promoción del parto institucional tiene como principal obstáculo las limitaciones económicas, de acceso geográfico, y de no disponer de personas que les cuiden la familia. Si suponemos que estas condiciones son infranqueables, por lo menos a corto plazo, el personal de salud podría aspirar a alcanzar un máximo de entre 80 y 85% de cobertura, que corresponde al porcentaje de mujeres que prefieren el parto institucional, pero que también tienen las condiciones mínimas para lograrlo.

Conocer esta realidad conlleva a que el personal del MINSA debe de prepararse para que estas mujeres que no pueden ir al hospital, tengan al menos atención por una partera capacitada, y con equipamiento básico. Esto sería principalmente en las comunidades más alejadas.

X. CONCLUSIONES

Consideramos como adecuada la promoción del parto institucional que se ha realizado en el Municipio de Macuelizo, el cual se refleja en un aumento de la cobertura, que paso del 46.5% en el año 2000 al inicio a un 74.3% en la actualidad Septiembre del año 2006.

Dentro de los factores que favorecen la promoción del parto institucional esta la participación de la red comunitaria, propaganda audio visual, brigadas medicas móviles, existencia de una sala de parto, capacitación de los involucrados, aumento de los recursos humanos, atención gratuita, servicio de ambulancia, existencia de la casa materna en Ocotál.

Los principales factores limitantes para la extensión de cobertura residen en las deficientes condiciones de vida de las mujeres, que son poco modificables a corto plazo: Dificultades de acceso geográfico, pocos recursos económicos y no tener quien les cuide a ellas y sus hijos, bajo nivel de escolaridad. Otros factores que inciden negativamente, son la cultura machista, el horario limitado de las unidades de salud, y las limitaciones de recursos de la Casa Materna de Ocotál, pésima coordinación entre Casa Materna y MINSA Macuelizo.

Las actividades que potencializan la promoción del parto institucional es gracias a los factores que la favorecen como: Sistema de referencia y contra referencia, personal capacitado, aumento de recursos humanos en unidad de salud, buena imagen de la institución, no pedir ninguna colaboración, tener una sala de parto en un puesto de salud, estrategia de extensión por cobertura, sensibilización, brigadas médicas y preguntar sobre el lugar de preferencia de parto.

X. RECOMENDACIONES

1. Continuar y fortalecer las actividades que favorecen el parto institucional.
2. Mejorar el trato del personal de salud hacia las embarazadas.
3. Hacer presencia física durante los turnos en el Centro de Salud de Macuelizo.
4. Solicitar más apoyo económico a organismos y/o a instituciones interesadas en reducir al máximo el parto domiciliar.
5. Involucrar a toda la comunidad a colaborar a favor de las actividades que favorecen el parto institucional.
6. Establecer coordinación directa entre MINSA Macuelizo y Casa Materna de Ocotil.

XI. BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarado C Dr. José Antonio. Estrategia de comunicación y acción comunitaria en salud. República de Nicaragua, MINSa. 2004, pp. 22-23.
2. Banco Mundial. Documentos para discusión hacia una maternidad segura, Washington D.C. 1994.
3. Corea Ricarte, Vedys, Papel de la familia como agente de salud en dos comunidades urbanas, asentamiento Tierra Prometida y Barrio Rigüero, Agosto 1992. Tesis de Grado. Managua, Abril de 1993.
4. Jiménez E, Vilma. Organización y mejoramiento de la calidad de la atención del parto por partera tradicional. Diciembre 1991.
5. Morales María Eugenia, Valdivia Martínez Isabel. Perfil de las mujeres inasistentes al parto institucional en tres Municipios de Matagalpa. Agosto 1996. Tesis de Grado. León 1998.
6. OMS – OPS, Maternidad segura. Paquete Madre- Bebé, Implementando la maternidad segura en los países. 1999, pp 1-10, 55-60
7. OPS, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, serie PALTEX para ejecutores de programa, No. 7, 1986.
8. Pizarro Ana. A tu salud. Mortalidad Materna, sus causas y consecuencias. 1996, pp 115-139.
9. Sotelo J M El enfoque de riesgo y la mortalidad materna. Una perspectiva latinoamericana Bol. Of Sanit. Panam114(4)289301.1993.
10. Toro Ocampo Dr. Horacio. Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva. EAT-UNFPA y OMS-OPS. 1999, pp 65-90.
11. Velásquez Castellón Edison Factores predisponentes a la atención domiciliar del parto en Tipitapa.1987.pp.1-42.
12. Endesa Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998-2001, pág. 137 y 185 INEC-MINSa.

Anexos

PARTOS EN EL MUNICIPIO DE MACUELIZO, N.S DEL 2000-2006

Fuente: Dirección general del sistema de información de estadística del SILAIS, NS.

Años	Cobertura %	Institucional	Domicilio	Otros	Parteras	Otros No Profesionales	Total
2000	46.4	78	90	0	70	20	168
2001	52.8	75	65	2	42	21	142
2002	54.4	62	52	0	32	20	114
2003	67	71	35	0	26	9	106
2004	67.5	85	40	1	24	15	126
2005	77.6	90	26	0	15	11	116
2006	74.3	52	17	1	6	10	70
Total.....		513	325	4	215	106	842

PARTOS ESPERADOS POR AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MACUELIZO, NS DEL 2000 - 2006

Fuente: Dirección general del sistema de información de estadísticas del SILAIS, NS.

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Partos	195	173	189	175	162	159	171	1224

TAZA DE MORTALIDAD NEONATAL Y MATERNA, MACUELIZO NS, 2000-2006. Fuente: Dirección general del sistema de información de estadísticas del SILAIS, NS.

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TMN	11.9	14.1	8.8	9.3	0	33.3	8.8
TMM	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

TMN: Taza de Mortalidad Neonatal.

TMM: Taza de Mortalidad Materna.

CUESTIONARIO Doña. (nombre) estamos realizando un estudio sobre las preferencias y posibilidades de las mujeres acerca del lugar donde van a tener el parto. ¿Podríamos platicar con usted un momento sobre este asunto?

1- FICHA _____

2- Distancia aproximada de su casa al centro de salud de Macuelizo: ____ horas.

3- ¿Fue a la escuela? ¿Hasta que grado o año llego? _____

4- ¿Cuántos hijos ha tenido antes de este ultimo? _____

5-¿Donde le gustaría más tener su parto?

-En el centro de salud o en el Hospital. ____ (1) p____9..

-En su casa. ____ (2)

6- ¿Por qué prefiere tenerlo en la casa? (Espere respuesta espontánea y marque en “si”las que mencione. marque “no”las que no mencione.

Razones	Si (1)	No (2)
Confianza con partera		
Temor a la episiotomía		
La separación de su familia		
Dificultad de acceso		
Dificultades económicas		
Le disgusta el baño temprano		
Oposición del marido		

Otros obstáculos o argumentos: _____

7- ¿Cree que va a poder ir al hospital a tener su parto? (léale opciones)

-Si con seguridad ____ (1) p---11.

- Es lo mas probable ____ (2) p---11.

- Talvez si talvez no ____ (3)

- Es poco probable que pueda ir ____ (4)

- Seguramente no voy a poder ir ____ (5)

8- ¿Por que piensa que no va a poder ir al centro de salud o al hospital? Espere respuesta espontánea.

Razones	Si (1)	No (2)
Razón económica		
No tiene quien le cuide a la familia		
Dificultades de acceso geográfico		

Otra _____

9- ¿Ha tenido parto en el Hospital?

Si ___ (1) No ___ (2) p.13..

10- ¿Cómo considera la atención a las embarazadas en el Hospital en cuanto a: (leer opciones)

Aspectos evaluados.	MB	B	R	M	NS
Calidad de atención					
La forma de tratar a las pacientes					

11- ¿Conoce o ha oído de la casa materna de Ocotil?

Si ___ (1) No ___ (2)

12- ¿Cómo considera la casa Materna en cuanto a:(leer opciones)

Aspectos evaluados.	MB	B	R	M	NS
El trato que dan					
Atención médica que brindan					
Las explicaciones /orientaciones que dan					

13- ¿Ha estado en la casa materna?

Si ___ (1)

No ___ (2).

14- ¿Qué tantos gastos implica para una mujer ir a la Casa materna?

- Mucho ___(1)

- Algo ___(2)

- Poco ___(3)

15- ¿Qué tan necesario es para usted la casa Materna de Ocotil?

- Mucho ___ (1)

- Algo ___ (2)

- Poco ___ (3)

Guía de entrevista a mujeres que tuvieron su parto en el domicilio.

- Distancia aproximada de su casa al centro de salud de Macuelizo. _____ (horas)
- ¿Fue a la escuela? ¿Hasta que grado o año llegó? _____
- ¿Cuántos hijos ha tenido antes de este último? _____

- **¿Por qué motivos tuvo su parto en la casa, en vez de tenerlo en el centro de salud o en el hospital?** ¿Usted prefería tener su parto en la casa o hubiera preferido tenerlo en el centro de salud o en el hospital? ¿Por qué prefería su casa? ¿Por qué prefirió su casa? ¿Por qué hubiera preferido el centro de salud o el hospital?
- (A las que dijeron que hubieran preferido tener su parto en el centro de salud o en el hospital, preguntar). **Si prefería tener su parto en el centro de salud o en el hospital, ¿por qué no fue a tenerlo allá?**
- **¿Qué piensa de la atención que da el centro de salud o el hospital a las mujeres que llegan a parir?** ¿Por qué?
- **¿Qué piensa de la atención que dan las parteras?** ¿Qué tanta confianza les tiene?
- **¿Ir a parir al centro de salud le resultaría fácil o difícil?** ¿Por qué?
- **¿Alguien le hizo ganas de que fuera a tener su parto en el centro de salud o en el hospital?** ¿Quién le hizo ganas? ¿Dónde estaba usted cuando le hicieron ganas de que fuera a tener su parto al centro de salud o al hospital?
- **¿Qué se debe de hacer para que las mujeres vayan más al centro de salud o al hospital a tener sus partos?**

Guía de entrevista a mujeres que tuvieron su parto en el centro de salud o en el Hospital

- **Distancia aproximada de su casa al centro de salud de Macuelizo. _____ (horas)**
- **¿Fue a la escuela? ¿Hasta que grado o año llegó? _____**
- **¿Cuántos hijos ha tenido antes de este último? _____**
 - **¿Por qué motivos tuvo su parto en el centro de salud o en el hospital?**
¿Usted prefería tener su parto en el centro de salud o en hospital, o hubiera preferido tenerlo en el domicilio? ¿
 - **¿Qué piensa de la atención que da el centro de salud o el hospital a las mujeres que llegan a parir? ¿Por qué?**
 - **¿Qué piensa de la atención que dan las parteras? ¿Qué tanta confianza les tiene?**
 - **¿Ir a parir al centro de salud le resultaría fácil o difícil? ¿Por qué?**
 - **¿Alguien le hizo ganas de que fuera a tener su parto en el centro de salud o en el hospital? ¿Quién le hizo ganas? ¿Dónde estaba usted cuando le hicieron ganas de que fuera a tener su parto al centro de salud o al hospital?**
 - **¿Qué se debe de hacer para que las mujeres vayan más al centro de salud o al hospital a tener sus partos?**

Guía de entrevista a personal del MINSA

- **¿De qué recursos se ha valido el centro de salud para realizar la promoción del parto institucional?**
- **¿En qué consisten las actividades de promoción del parto institucional?**
- **¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra para alcanzar una mayor cobertura del parto institucional?**
- **¿Cuáles factores han ayudado al incremento en la cobertura?**
- **¿Cómo valora el trabajo que realiza la Casa materna?**
- **¿Cómo valora los logros alcanzados con los esfuerzos para aumentar la cobertura del parto institucional?**

Guía de entrevista a la responsable de la casa materna

- **¿Cómo valora el trabajo que realiza la Casa materna en la promoción del parto institucional?**
- **¿Cuál es la tendencia en la utilización de los servicios de la casa materna?**
¿Están aumentando, se mantiene o disminuye el número de mujeres que la utilizan?
- **¿Qué grado de coordinación hay entre la casa materna y el centro de salud de Macuelizo para la promoción del parto institucional?**
- **¿Cuáles son las principales dificultades que se observan en la casa materna para promover el parto institucional?** ¿Hay abandonos? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué motivos?
- **¿Cuáles son los principales factores que le ayudan a la casa materna a conseguir su propósito de incrementar la cobertura del parto institucional?**
- **¿Qué aspectos deben de mejorarse en el funcionamiento de la casa materna?**