

Asuntos de familia

Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el
embarazo y parto en Mesoamérica.

Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua.



Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud
Salud Mesoamérica 2015

Asuntos de familia

Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica

Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua

Edición

Susan Kolodin
Gisela Rodríguez
Kei Alegría-Flores

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/ProteccionSocial

Junio de 2015



**Catalogación en la fuente proporcionada por la Biblioteca
Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo**

Kolodin, Susan K.

Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua / Susan Kolodin, Gisela Rodríguez, Kei Alegría-Flores.

p. cm. — (Monografía del BID ; 240)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Maternal health services—Social networks—Central America. 2. Pregnancy—Central America. 3. Medical care—Central America. I. Rodríguez, Gisela. II. Alegría-Flores, Kei. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.

IDB-MG-240

Diseño gráfico: Círculo Salvo | circulosalvo.com

Copyright © 2015 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra está bajo una licencia Creative Commons IGO 3.0 Atribución-NoComercial-SinDerivar (CC-IGO BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando crédito al BID. No se permiten obras derivadas. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI. El uso del nombre del BID para cualquier fin que no sea para la atribución y el uso del logotipo estará sujeto a otro acuerdo de licencia y no como parte de la licencia CC-IGO.

Notar que el enlace URL incluye términos y condicionales adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Contenidos

04	Lista de figuras y tablas
07	Abreviaciones
08	Glosario
09	Créditos y agradecimientos
10	Resumen ejecutivo
13	Sección I: Descripción del estudio
14	Capítulo 1 Las redes sociales en Mesoamérica
14	Introducción
16	Marco conceptual
21	Metodología
27	Sección II: Comparaciones a nivel regional
28	Capítulo 2 Estructura, tamaño de la red y rol de los actores
28	Estructura de la red social
30	Composición de la red social
35	El rol de los actores clave y sus vínculos
42	Capítulo 3 Temas transversales
42	Reflexiones sobre salud intercultural
44	Las simples y buenas prácticas de la oferta de servicios de salud
46	Las parteras: puentes o brechas entre la comunidad y los servicios
47	Planificación familiar
53	Sección III: Estudios de caso
54	Capítulo 4 Chiapas México
70	Capítulo 5 Guatemala
88	Capítulo 6 Panamá
104	Capítulo 7 Honduras
122	Capítulo 8 Nicaragua
143	Sección IV: Conclusiones y recomendaciones
144	Conclusiones
145	Recomendaciones

Lista de figuras y tablas

Cuadros

- Cuadro 1.** Conceptos clave de la teoría y Análisis de Redes Sociales (ARS).
- Cuadro 2.** Comunidades de trabajo de los cinco países.
- Cuadro 3.** Actores de la red social según cercanía al ego (mujer embarazada).
- Cuadro 4.** Tamaño promedio de las redes sociales por comunidad y país.
- Cuadro 5.** Ella dice el, el dice ella.
- Cuadro 6.** Las demoras en la atención materna y las redes sociales.
- Cuadro 7.** Vulnerabilidades por la edad.
- Cuadro 8.** Violencia intrafamiliar.
- Cuadro 9.** Trabajo mancomunado entre el guía espiritual, el medico tradicional y la partera.
- Cuadro 10.** Parto en casa: una decisión lógica.
- Cuadro 11.** Salud intercultural.
- Cuadro 12.** Salud materna y discriminación.
- Cuadro 13.** El lugar importa.
- Cuadro 14.** Descripción de los municipios.
- Cuadro 15.** Comunidades para el análisis de redes sociales.
- Cuadro 16.** Características demográficas y socio-económicas de los estudios de caso.
- Cuadro 17.** Estudios de caso en las comarcas Guna Yala y Embera Wounaan.
- Cuadro 18.** Descripción de los pueblos indígenas del estudio de redes sociales.
- Cuadro 19.** Oferta de Servicios de Salud en las comunidades de estudio.
- Cuadro 20.** Pueblos indígenas de la RAAN.
- Cuadro 21.** Oferta de servicios.

Gráficos

- Gráfico 1.** Mapa de actores (Net_Map).
- Gráfico 2.** Porcentajes de partos en casa y en ES por país.
- Gráfico 3.** Representación de los actores de las redes sociales en los cinco países.
- Gráfico 4.** Guatemala: primer parto en casa.
- Gráfico 5.** Chiapas: primer parto en ES.

- Gráfico 6.** Nicaragua. Comunidades indígenas, último parto en ES.
- Gráfico 7.** Honduras. Comunidades mestizas, primer parto en ES.
- Gráfico 8.** Panama. Guna Yala, primer parto en ES.
- Gráfico 9.** Panama. Embera-Wounaan, primer parto en ES.
- Gráfico 10.** Esquema de toma de decisiones por país y lugar de residencia.
- Gráfico 11.** Red general de los actores del primer parto en Sabanilla.
- Gráfico 12.** Red social, Sabanilla, primer parto con partera.
- Gráfico 13.** Red general de los actores del último parto en Sabanilla.
- Gráfico 14.** Red social, Sabanilla, último parto en centro medico.
- Gráfico 15.** Red general de los actores del primer parto en Chilon.
- Gráfico 16.** Red individual, Chilon, primer parto con partera, 4 actores.
- Gráfico 17.** Red general de los actores del último parto en Chilon.
- Gráfico 18.** Red social Chilon, último parto con madre/partera.
- Gráfico 19.** Red general de los actores del primer parto en San Juan de Chamula.
- Gráfico 20.** Red social, San Juan de Chamula, primer parto en centro de salud.
- Gráfico 21.** Red general de los actores del último parto en San Juan de Chamula.
- Gráfico 22.** Red social, San Juan de Chamula, último parto con partera.
- Gráfico 23.** Red individual, emergencia obstétrica, último parto en establecimiento de salud, San Juan de Chamula.
- Gráfico 24.** Red general en la cabecera municipal de Comitancillo, primer parto.
- Gráfico 25.** Red social en la cabecera municipal de Comitancillo, primer parto.
- Gráfico 26.** Red general en la cabecera municipal de Comitancillo, último parto.
- Gráfico 27.** Red social en la cabecera municipal de Comitancillo, último parto.
- Gráfico 28.** Red general en Agua Tibia, Comitancillo, último parto.

- Gráfico 29.** Red social en Agua Tibia, Comitancillo, último parto.
- Gráfico 30.** Red general en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacan, primer parto.
- Gráfico 31.** Red social en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacan, primer parto.
- Gráfico 32.** Red general en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacan, último parto.
- Gráfico 33.** Red social en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacan, último parto.
- Gráfico 34.** Red general en la Aldea Casaca, San Idelfonso Ixtahuacan, primer parto.
- Gráfico 35.** Red social en la Aldea Casaca, San Idelfonso Ixtahuacan, primer parto.
- Gráfico 36.** Red general en El Palmar, San Pedro Necta, primer parto.
- Gráfico 37.** Red social en El Palmar, San Pedro Necta, primer parto.
- Gráfico 38.** Red general en la Aldea El Palmar, San Pedro Necta, último parto.
- Gráfico 39.** Red individual en la Aldea El Palmar, San Pedro Necta, último parto.
- Gráfico 40.** Red individual en la aldea El Palmar, 5o embarazo, emergencia obstétrica.
- Gráfico 41.** Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo.
- Gráfico 42.** Porcentaje del primer parto por comarca y lugar de atención.
- Gráfico 43.** Red general para partos. Comarca Guna Yala.
- Gráfico 44.** Red social para primer parto en CS. Comarca Guna Yala.
- Gráfico 45.** Red general para partos. Comarca Embera-Wounaan.
- Gráfico 46.** Red social para primer parto en Subcentro de salud. Comarca Embera-Wounaan.
- Gráfico 47.** Porcentaje del último parto por comarca y lugar de atención.
- Gráfico 48.** Red general para partos Comarca Guna Yala.
- Gráfico 49.** Red social para último parto en CS. Comarca Guna Yala.
- Gráfico 50.** Red general para partos. Comarca Embera-Wounaan.
- Gráfico 51.** Red social para último parto en CS. Comarca Embera-Wounaan.
- Gráfico 52.** Red social durante una emergencia. Comarca Guna Yala.
- Gráfico 53.** Red social una emergencia. Comarca Embera Wounaan.
- Gráfico 54.** Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo.
- Gráfico 55.** Porcentaje del primer parto por lugar de atención y departamento.
- Gráfico 56.** Red general para primer parto. comunidades de Copan y Olancho.
- Gráfico 57.** Red social para primer parto en CMI. Comunidades de Copan.
- Gráfico 58.** Red social para primer parto en casa. Comunidades de Olancho.
- Gráfico 59.** Red general para primer parto. Comunidades de Intibuca y La Paz.
- Gráfico 60.** Red social para primer parto en CS. Comunidades de Intibuca y La Paz.
- Gráfico 61.** Porcentaje del primer partopor lugar de atención y departamento.
- Gráfico 62.** Red general para último parto. Comunidades de Copan y Olancho.
- Gráfico 63.** Red social para último parto en ES. Comunidades de Copan.
- Gráfico 64.** Red social para último parto en ES. Comunidades de Olancho.
- Gráfico 65.** Red general para último parto. comunidades de Intibuca y La Paz.
- Gráfico 66.** Red social para último parto en ES. Comunidades de Intibucá.
- Gráfico 67.** Red social para último parto en ES. Comunidades de La Paz.
- Gráfico 68.** Red social durante una emergencia. Comunidades de Olancho.
- Gráfico 69.** Red social durante una emergencia. Comunidades de Intibucá.
- Gráfico 70.** Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo.
- Gráfico 71.** Porcentaje del primer parto por lugar de atención y etnicidad.
- Gráfico 72.** Red general para primer parto. Comunidades indígenas.
- Gráfico 73.** Red social para primer parto en CS. Comunidades indígenas.
- Gráfico 74.** Red general para primer parto. Comunidades mestizas.
- Gráfico 75.** Red social para primer parto en CS. Comunidades mestizas.
- Gráfico 76.** Porcentaje del primer parto por lugar de atención y municipio.
- Gráfico 77.** Red general para último parto. Comunidades indígenas.
- Gráfico 78.** Red social para último parto en CS. Comunidades indígenas.
- Gráfico 79.** Red general para último parto. Comunidades mestizas.
- Gráfico 80.** Red social para último parto en casa. Comunidades mestizas.
- Gráfico 81.** Red social durante una emergencia. Comunidades indígenas.
- Gráfico 82.** Red social durante una emergencia. Comunidades mestizas.

Mapas

Mapa 1. Localización de los estudios de caso en Chiapas.

Mapa 2. Mapa de focalización del trabajo de campo.

Mapas

Tabla 1. Perfil de participantes.

Tabla 2. Panamá: Promedio de edad y número de embarazos vs. edad y número de hijos deseados.

Tabla 3. Descripción demográfica y características de los participantes por municipio.

Tabla 4. Municipios de la SM2015 que cumplen los criterios de identificación.

Tabla 5. Datos demográficos y descripción de los participantes.

Tabla 6. Descripción demográfica de los participantes en la comarca Guna Yala y Embera-Wounaan.

Tabla 7. Comunidades de trabajo para el estudio de redes sociales.

Tabla 8. Descripción demográfica de los participantes.

Tabla 9. Comunidades de trabajo para el estudio de redes sociales.

Tabla 10. Servicios de salud del MINSA en los municipios de estudio.

Tabla 11. Descripción demográfica de los participantes.

Abreviaciones

ARS Análisis de Redes Sociales

BID Banco Interamericano de Desarrollo

CONE Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales

CPN Controles Prenatales

CS Centro De Salud

ECC Estrategia de Cambio de Comportamiento

EEC Estrategia de Extensión de Cobertura

ENSMI Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil

ES Establecimiento de Salud

MINSA Ministerio de Salud

MOSAFC Modelo de Salud Familiar Comunitario

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PF Planificación Familiar

PSFC Puestos de Salud Familiar Comunitarios

RAAN Región Autónoma del Atlántico Norte

SILAIS Sistema Local de Atención Integral en Salud

SM2015 Salud Mesoamerica2015

TMC Transferencias Monetarias Condicionadas

TMM Tasa de Mortalidad Materna

Glosario

Red social

Conjunto de relaciones entre personas o cualquier otra entidad o unidad social (grupos, organizaciones, países, etc.). La teoría de las redes sociales intenta describir dichas relaciones (con frecuencia en forma visual) y utilizarlas a fin de extraer conclusiones sobre las interacciones que se registran entre las unidades sociales.

Ego

Individuo o nodo focal del análisis de la red social (mujer o mujer embarazada)

Alteris

Personas que tienen una o varias conexiones con el *ego* y que pueden influir en su comportamiento (madre, cónyuge, suegra, padre, hermano, cuñada, etc.). Para fines de este estudio, todos los *alteris* se definen en base a su relación con el *ego*: la madre de la mujer embarazada, la suegra de la mujer embarazada, el cónyuge de la mujer embarazada, etc.

Red egocéntrica

Las redes egocéntricas (también llamadas personales o locales) son redes sociales que describen a un individuo (*ego*) y todas las personas (*alteris*) con quien este individuo se relaciona. El objetivo de las redes egocéntricas es crear un perfil “típico” de la red.

Tamaño de la red

Promedio de actores activos de una red a nivel local que resulta de la suma de todos los actores (activos e inactivos) mencionados en cada entrevista para crear una red general.

Actores activos

Actores que brindaron algún tipo de apoyo a la mujer embarazada durante el embarazo, parto, emergencias obstétricas y puerperio, y que fueron mencionados recurrentemente en las entrevistas (>2 entrevistas) en cada comunidad.

Estructura de la red

Conformación de todos los actores activos que ofrecieron apoyo a la mujer durante el embarazo,

parto y/o puerperio, pertenecientes a cuatro categorías: familia por consanguinidad, familia por afinidad, servicios de salud y comunidad.

Patrilocal

Primípara Patrón de residencia en el que las parejas de recién casados o en unión libre tienden a vivir en la casa de los padres del hombre.

Primípara

Mujer que experimenta su primer embarazo.

Matrilocal

Patrón de residencia en el que las parejas de recién casados o en unión libre tienden a vivir en la casa de los padres de la mujer.

Múltipara

Mujer que ya ha experimentado más de un embarazo y parto.

Multiplicidad

Situación en que los individuos y otros nodos se encuentran conectados a través de una diversidad de aristas. Esto resulta más evidente en ciudades, donde las personas pueden tener vínculos de parentesco, laborales, etc.

Simbología de gráficos

En el centro de este gráfico se ubica el *ego* (mujer) representado por un círculo rojo. Las rayas sólidas representan interacciones entre dos actores mencionadas dos o más veces; las rayas discontinuas hacia el *ego* representan interacciones que solo fueron mencionadas una vez; las rayas discontinuas entre actores representan recomendaciones o búsqueda de apoyo. Las flechas corresponden a la dirección de la relación (por ejemplo la madre contacta y recomienda a la partera). Los números 1 y 2 representan a los tomadores de decisión. El color rojo representa a los actores más importantes y los otros colores a las categorías en cada cuadrante.

Créditos y agradecimientos

Asuntos de familia: un estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica es un producto del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Esta investigación fue realizada por un equipo multidisciplinario coordinado por Susan Kolodin, especialista líder en protección social y salud del BID. El equipo de investigadores principales fue conformado por Natasha Morales, economista; Danilo Fernández, médico; Gisela Rodríguez Fernández, antropóloga; y Kei Alegría-Flores, salubrista. Con el apoyo de equipos nacionales en cada país, Natasha, Danilo y Gisela prepararon los informes sobre cada país. A partir de los mismos, Kei elaboró los capítulos sobre Chiapas (México) y Guatemala de esta monografía, y también desarrolló la técnica de cómo presentar los mapas en el documento final. La elaboración y edición de esta monografía fue realizada por Susan Kolodin y Gisela Rodríguez.

Las autoras agradecen a los Ministerios de Salud de México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua por el apoyo técnico y el apoyo recibido durante el trabajo de campo. En particular, se agradece la participación de los licenciados Juan Alberto Batista, Baudilio Escobar, Jaime Rodríguez, Leyda Ramírez (Panamá); Virginia Moscoso, René Oliva Meza y Carina Ramírez (Guatemala); Alejandra Martínez y Hermillo Domínguez (Instituto de Salud del Estado de Chiapas) por su participación activa durante la planificación y el trabajo de campo de este estudio.

Se extienden los agradecimientos a Emma Iriarte y el equipo de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, por el financiamiento y el apoyo técnico a lo largo de todo el estudio. Asimismo, agradecemos a los jefes del equipo de Protección Social y Salud del BID de los cinco países donde se realizó este

estudio por su apoyo técnico y logístico en la planificación de esta investigación. En especial se agradece a Leonardo Pinzón, especialista en protección social y salud del BID en Panamá por compartir la visión sobre la necesidad de investigaciones de esta índole y por su apoyo técnico en todas las fases de esta investigación, incluyendo diseño y aplicación de las recomendaciones. También se agradece a Heidi Fishpaw (BID), y Vincent LauChan (Global Health Corps fellow – BID) por su participación, el trabajo de campo y la elaboración de los informes para Nicaragua y Honduras.

Este estudio no sería posible sin el apoyo de expertos locales quienes fueron parte central en la coordinación del trabajo en el trabajo de campo y coautores de los informes individuales. Se agradece al Dr. Enrique Eroza (México), Sandra Sáenz (Guatemala), Raúl Aparicio (Panamá), Leslie Castro (Nicaragua) y Silvia Gonzales (Honduras). Se extiende este agradecimiento a Magdalena Morales, Aura Monterosa, Nínive Melgar, Rosa Méndez, Carlos Pérez, Zenaida Juárez, Benjamín Morales, Marleny Pérez, Doris Bill, Doris Curundama, y María Luisa del Carmen quienes apoyaron al equipo principal con los mil detalles de la logística antes y durante el trabajo de campo. A Victoria Ward (Panamá) por la elaboración del marco conceptual.

Finalmente, agradecemos a los líderes y miembros de las comunidades que nos permitieron realizar este estudio. En especial, agradecemos a todos los participantes quienes enriquecieron nuestro conocimiento mediante entrevistas y observaciones, por compartir sus historias y por ofrecernos la oportunidad de entender la importancia de las relaciones que tenemos unos con los otros.

Resumen ejecutivo

Introducción y antecedentes

El presente estudio se enmarca dentro de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) que tiene como objetivo contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios, y contribuya a reducir las brechas en las áreas geográficas más pobres de Mesoamérica.

Varios estudios han documentado las distintas barreras geográficas, económicas y culturales que impiden el acceso y utilización de los servicios de salud pública durante el embarazo y el parto. No obstante, se ha prestado menos atención al contexto sociocultural dentro del cual las personas deciden cuáles barreras superar, cómo superarlas, cómo se formulan las decisiones relacionadas con la salud y quiénes son los actores e influencias claves en estas decisiones. A través del análisis de redes sociales, el presente estudio tiene como objetivo identificar a los actores principales que brindan información y apoyo a la mujer durante el embarazo, el parto y las emergencias obstétricas, y analiza los principales factores y motivaciones que influyen en la decisión de usar o no los servicios de salud durante estos procesos.

Resultados

Se llevaron a cabo 628 entrevistas semiestructuradas con mujeres, hombres, personal de salud, parteras y otros actores claves en 29 comunidades de cinco países de Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Se aplicó la herramienta *Net_Map* o *Mapa de Actores*, que se basa en la entrevista semiestructurada para mostrar de forma visual los actores de una red, los niveles de influencias, los tomadores de decisión y las relaciones de estos

con la mujer. El análisis de las entrevistas y mapas permite concluir que:

El embarazo y parto son asuntos de familia

La gran mayoría de las redes sociales durante el embarazo y parto están conformadas por miembros de la familia, con una mayor participación de las mujeres adultas. Los hombres asumen una mayor participación durante emergencias obstétricas y en decisiones relacionadas con gastos económicos y recursos de transportación. Por lo tanto, los principales tomadores de decisión sobre el lugar del parto son la madre y el cónyuge de la mujer embarazada. (La suegra de la mujer tiene influencia y puede ser tomadora de decisiones particularmente en Chiapas [México] y Guatemala).

Pese al conocimiento biomédico del personal de salud en las comunidades estudiadas, su poder e influencia dentro de las redes sociales es mínimo. Solo en Nicaragua y algunas comunidades de Honduras se observó una mayor participación e influencia del personal de salud, en particular los brigadistas y enfermeros auxiliares de los Puestos de Salud (PS). Si bien el personal de salud no aparece como un actor central, su conocimiento biomédico sobre el embarazo y parto, y los vínculos que tienen con los Establecimientos de Salud (ES) los convierte en actores centrales e influyentes durante emergencias obstétricas.

Mujeres como tomadoras de decisiones

Las mujeres en las áreas rurales e indígenas de Mesoamérica muchas veces tienen poca o ninguna influencia sobre las decisiones que afectan a su propia salud. Sin embargo, este estudio demuestra que, si bien los atributos personales como edad o nivel educativo son determinantes en la autonomía de la mujer, su autonomía y las decisiones sobre su salud también dependen de las características de su red social (quiénes y cuántas personas conforman la red) y las relaciones que se crean dentro de la familia. Por ejemplo, en

1 La pareja vive con la familia de la mujer.

las comunidades indígenas de Nicaragua y Guna Yala (Panamá), los patrones de residencia son matrilocales¹, lo cual resulta en que las mujeres tienen mayor autonomía respecto a su salud. En estas comunidades las mujeres deciden o participan activamente en las decisiones sobre el lugar del parto. Por otro lado, en todos los países estudiados, las mujeres jóvenes primíparas reciben fuertes influencias o dependen de las decisiones de otras personas (generalmente su madre o suegra) para estas decisiones.

Parteras: actores claves y centrales

Las parteras son personas respetadas y reconocidas por su labor social en las comunidades y pueden tener mucha influencia dentro y fuera de las redes sociales y, en particular, durante emergencias obstétricas. Muchas veces las parteras son la única conexión entre los servicios de salud y las familias; por lo tanto, ellas tienen el potencial de actuar como puentes o brechas entre las familias y estos servicios. Sin embargo, los sistemas de salud generalmente subestiman su importancia y las relaciones entre el personal de salud y las parteras son asimétricas.

La redes sociales transmiten información influyente

Las redes sociales difunden información sobre las experiencias negativas y las positivas relacionadas con la atención en los servicios de salud pública. Las repercusiones de malas y buenas experiencias en los servicios de salud tienden a multiplicarse porque aquella persona que las experimenta puede ser la amiga de un pariente, prima de un amigo, etc. Como resultado, esta información se convierte en una poderosa influencia en las decisiones futuras de otras personas relacionadas con el lugar del parto.

Calidad y calidez de los servicios de salud

Se han realizado varios esfuerzos para mejorar la provisión y calidad de los servicios en la salud materna y disminuir las barreras para la utilización de dichos servicios. Contradictoriamente, las estrategias que enfatizan la calidad técnica de los servicios suelen ignorar la importancia de la calidez, que incluye un trato amable y respetuoso por parte del personal de salud. La atención integral de calidad requiere un énfasis tanto en la calidad técnica como en la calidad del trato. Igualmente, las adaptaciones interculturales de atención del parto son poco eficaces si solo incluyen infraestructura o equipamiento, sin tomar en cuenta los aspectos socioculturales de cada comunidad y país.

Recomendaciones

1. Proveer información de calidad a la mujer embarazada y su red social

Una estrategia de calidad de información enfocada a la red social (charlas que incluyan a mujeres adultas como madres o suegras, o grupos focales con hombres) aumenta la conciencia de los cuidados y riesgos del embarazo y parto, incide en la educación informal de pares e incluye a todos los tomadores de decisión.

2. Elaborar una estrategia de plan de parto basada en cada grupo etario y cultural e incluir a la red social

Las necesidades de las mujeres no son homogéneas y existen marcadas diferencias por el contexto local e individual de cada mujer. Considerando estas diferencias, el plan de parto deberá ser elaborado por los actores claves de la red social de la mujer para que estén preparados cuando llegue el momento del parto.

3. Identificar y replicar los modelos de buenas prácticas

Durante el trabajo de campo se identificaron varios casos de buenas prácticas que son eficientes y rentables, como por ejemplo, el “parto humanizado” en Nicaragua, que permite a la partera la opción de atender o acompañar a la mujer parturienta dentro de un ES.

4. Elaborar estrategias de cambio de comportamiento

Este estudio ofrece información clave sobre las dinámicas interpersonales que resultan en que las personas aprendan no solo por experiencias propias sino también por las experiencias de otros (teoría de aprendizaje social). Una Estrategia de Cambio de Comportamiento (ECC) podría enfocarse en los mensajes sobre salud sexual y reproductiva y la planificación familiar (PF), desmitificando las ideas sobre el parto institucional y los métodos anticonceptivos. Se debería resaltar la importancia del parto asistido por profesionales calificados en establecimientos con capacidad de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) para la dñada madre-niño. Los programas sobre PF deberían tener en cuenta diferentes etapas de la vida sexual de las personas. Por ejemplo, con pare-

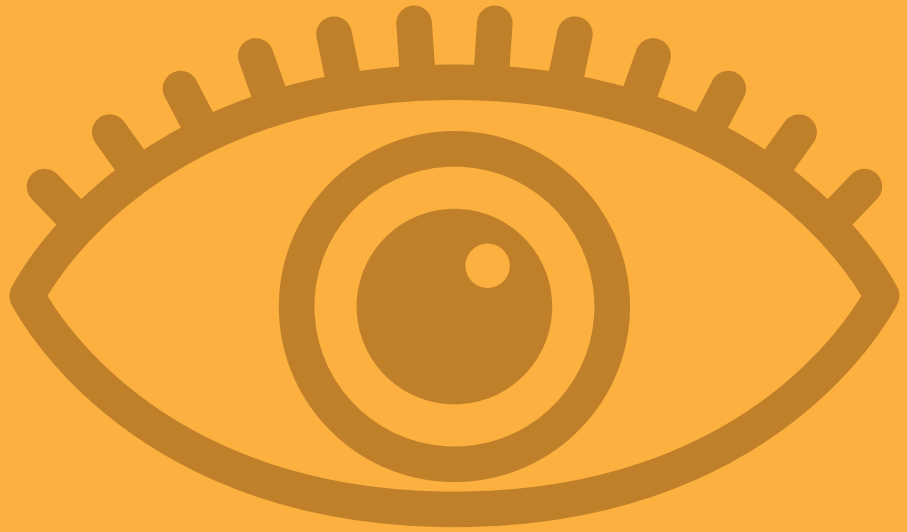
jas jóvenes, se debe enfatizar los conceptos de espaciar los embarazos, y no solamente el hecho de no tener hijos. Asimismo, se debe aprovechar múltiples oportunidades para incluir a los cónyuges y no dirigirse solamente a las mujeres en el momento de posparto.

5. *Desarrollar modelos en salud intercultural*

La salud intercultural no debe limitarse al parto vertical, pero debe usarse como una

herramienta de entendimiento y conexión entre las prácticas tradicionales y las biomédicas basadas en “la aceptación de la cosmovisión indígena en la práctica médica y su posicionamiento en el sistema de salud pública”². Cada cultura indígena tiene prácticas y creencias propias, y por lo tanto se deben desarrollar las intervenciones de salud intercultural según el contexto sociocultural de cada comunidad.

2 Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).



SECCIÓN I

Descripción del estudio

Esta sección ofrece una introducción sobre los orígenes y motivos iniciales para la elaboración de este estudio como así también una descripción del marco conceptual referencial al análisis de redes sociales y la base metodológica y teórica utilizada para la recolección de información y el análisis de resultados.

Capítulo 1

Las redes sociales en Mesoamérica

Introducción

La región de Mesoamérica ha mejorado sustancialmente la calidad de vida de su población. En general, la expectativa de vida ha incrementado y las tasas de mortalidad materna se han reducido considerablemente. Sin embargo, esta región es una de las de mayor desigualdad social del mundo, lo cual se manifiesta en tasas más altas de mortalidad materna e infantil en las poblaciones rurales e indígenas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna de la Comarca de Guna Yala en Panamá es siete veces mayor que el promedio nacional, y las mujeres indígenas de Chiapas tienen una probabilidad de sobrevivir en el parto tres veces más baja que las mujeres no indígenas; sólo la mitad de las mujeres indígenas o pobres reportan haber realizado un análisis de laboratorio durante el embarazo^{3,4}. En Guatemala, la mortalidad materna está localizada en 40 municipios del país que concentran el 50% del total nacional de muertes maternas⁵. En 2010, los departamentos con alta

población indígena y rural fueron los que tuvieron los porcentajes más altos de muertes maternas: Huehuetenango (26,04%), Alta Verapaz (13,91%) y San Marcos (13,02%)⁵.

En Mesoamérica las altas tasas de mortalidad materna se deben principalmente a hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo e infecciones⁶. La mayoría de las muertes ocurren durante el trabajo de parto, el parto mismo, o en las primeras 24 horas posparto, y no es posible prever ni prevenir la mayoría de las complicaciones que ocurren⁷. Estas causas de muerte tienen soluciones de comprobada efectividad, basadas en la entrega de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) por personal calificado en establecimientos de salud. Sin embargo, la *teoría de las tres demoras* pone en perspectiva la dificultad de asegurar el uso y la disponibilidad de servicios con capacidad resolutive. Dicha teoría destaca las demoras en (i) identificar riesgos y decidir buscar atención, debido al desconocimiento de signos de alarma, y el estatus dependiente de las mujeres; (ii) llegar a

3 Los exámenes de sangre y orina, entre otros, son importantes para la detección temprana de alteraciones, riesgos o patologías propiamente dichas y generalmente se relacionan con una buena calidad de la atención.

4 Sistema Integral de Indicadores, Secretaría de Hacienda, Chiapas.

5 Procurador de los derechos humanos. 2013. *La situación de la mortalidad materna en Guatemala*.

6 Ver, por ejemplo, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, *Estudio nacional de mortalidad materna 2011*.

7 Campbell, O, et al. 2006. *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works; The Lancet* Vol. 368, Issue 9543, 7–13.

un centro de salud, debido a la dificultad de encontrar y el alto costo del transporte; y (iii) en recibir atención de calidad con capacidad resolutive⁸. Para reducir las altas tasas de mortalidad materna, la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), de la cual el presente estudio forma parte, tiene como elemento fundamental de su estrategia la ampliación de cobertura y calidad del parto institucional. Para aquello, se entiende que no es suficiente solo mejorar la oferta de los servicios; también hace falta abordar los aspectos que afectan la demanda y el uso de los mismos.

Para entender mejor los obstáculos para la utilización de los servicios de salud durante el embarazo y parto, se han realizado estudios en los países de la región que identifican las barreras principales para la utilización de servicios de salud por parte de las poblaciones pobres, rurales e indígenas. Estas barreras se pueden resumir en barreras geográficas, económicas, estructurales y socioculturales. Las barreras geográficas incluyen principalmente las distancias que las personas tienen que viajar para acceder a la atención, y los tiempos y costos asociados con la distancia. Por ejemplo, para una persona que vive en la Comarca Emberá-Wounaan de Panamá, el viaje en piraguas por río a un establecimiento de salud puede tomar 5 horas, y costar hasta 50 dólares —condiciones retadoras para una mujer embarazada y un monto que representa el ingreso de un mes para muchas personas de esta zona. La barrera económica se refiere a los múltiples gastos asociados con buscar y recibir atención, incluyendo los costos de transporte para la mujer y la persona que la acompaña, costos de oportunidad de trabajo no realizado en el hogar, en la granja u otro sitio, así como el costo de insumos médicos, alimentación y alojamiento para el acompañante y otros. La barrera estructural se refiere a la calidad técnica y la capacidad resolutive de la atención, incluyendo disponibilidad de personal calificado, infraestructura y equipamiento en buen estado, medicamentos e insumos médicos, y otros aspectos de la oferta de servicios de salud, que siguen siendo deficientes en muchas áreas. La barrera sociocultural está asociada con el choque cultural que las personas encuentran al llegar a un establecimiento de salud, incluyendo el lenguaje, la vestimenta, la alimentación y las percepciones de maltrato. Estas barreras resultan en una utilización relativamente baja de los servicios públicos de salud por parte de las poblaciones rurales e indígenas. Por ejemplo, en Chiapas en el año 2012,

el 78% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud (por debajo del nivel nacional de 86,8% en el mismo año); solo un tercio de los partos atendidos en establecimientos de salud son de mujeres indígenas. Del total de partos atendidos en establecimientos de salud en Chiapas, se estima que más del 50% llegan a los hospitales públicos en situación de emergencia, luego de haber sido atendidos por parteras o por médicos particulares⁹. En Honduras, el 25% de la población no tiene acceso a servicios de salud, principalmente el quintil más pobre de la población¹⁰. Mientras el 98% de los eventos obstétricos del quintil más rico del país fueron atendidos por personal capacitado, en el quintil más pobre (1) esta cifra apenas alcanza el 33%. Es notable que los países hayan realizado esfuerzos por reducir las barreras arriba descritas, lo cual ha promovido una mayor utilización de los servicios de salud para controles prenatales (CPN). Sin embargo, muchas mujeres todavía deciden tener su parto en su domicilio y no en los establecimientos de salud.

Existen diferentes paradigmas y conceptos con respecto a quién decide y cómo se toman las decisiones en torno a la maternidad. En general, en la región de Mesoamérica, el modelo de atención en los establecimientos de salud se enfoca en el individuo que busca la atención. Por ejemplo, los proveedores de los servicios de salud proveen información sobre el embarazo y parto exclusivamente a la mujer embarazada. Las charlas, los controles prenatales y las visitas domiciliarias tienden a ser dirigidas solamente a las mujeres embarazadas, sin involucrar —y a veces específicamente excluyendo— a otras personas que conformen su red social. Asimismo, dado que los gobiernos tienen una presencia cada vez más importante al nivel de los municipios y comunidades mediante la prestación de los servicios de salud, se supone que los actores comunitarios en salud (comités de emergencia, promotores, monitoras, brigadistas) tendrían un nivel importante de influencia en las decisiones que se toman con respecto a la maternidad.

El presente estudio de redes sociales tuvo su génesis en Guatemala durante el proceso de diseño del proyecto a ser financiado por la SM2015 en este país. Para entender mejor cómo reaccionan las familias indígenas y rurales ante una emergencia obstétrica, el Ministerio de Salud de Guatemala realizó un estudio para identificar a los actores

8 Sreen, T., Maine, D. 1994. Too Far to Walk Maternal Mortality in Context in *Social Science and Medicine* Vol. 38, Issue 8, 1091 - 1110.

9 Cálculos propios del BID sobre la base de la ESANUT 2006.

10 Plan Nacional de Salud, Honduras. 2010-2014.

principales que toman decisiones durante estos procesos. En particular, se quiso entender la relación entre la familia y los comités de emergencias que operan en las comunidades rurales. Como hallazgo principal de este estudio, se determinó que los comités de emergencias perciben su ámbito de acción como emergencias que afectan a toda la comunidad, tales como deslaves o terremotos. Una emergencia obstétrica se percibe como un tema privado y familiar, por lo que el comité no tiene por qué intervenir. En este mismo contexto, cuando se analizaron las decisiones que se toman en la familia con respecto a qué hacer en caso de una emergencia obstétrica, se concluyó que generalmente es el cónyuge el que tiene el poder de decisión en esos momentos. Este hallazgo provocó una interrogante con respecto a que si los hombres son los que toman las decisiones y si tales decisiones son resultados de procesos e intercambios de información y patrones socioculturales. Seguramente ellos consultan con alguien, o alguien les apoya o influye en sus decisiones. ¿Quién es este alguien? ¿De dónde sale su información? ¿Qué nivel de influencia tienen las diferentes fuentes de información? De ahí se comenzó a planificar el estudio de redes sociales para entender mejor quiénes apoyan e influyen en las decisiones relacionadas con el embarazo y parto.

El estudio de redes sociales se realizó en Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras, y Nicaragua, y se enmarca dentro de la SM2015 que tiene como objetivo contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en las áreas geográficas más pobres de Mesoamérica. Con el entendimiento de que la mejor manera de evitar las muertes maternas y neonatales es mediante una atención adecuada de CONE en los centros de salud, la Iniciativa está desarrollando estrategias de atención de salud integral para mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutoria de los servicios en estos países. También se están elaborando mecanismos para incrementar el acceso y la utilización de los servicios mediante la reducción de brechas geográficas, económicas y socioculturales, particularmente en las poblaciones rurales e indígenas en todos los países de su intervención. En este contexto, para poder elaborar estrategias efectivas que logren cambiar comportamientos que tienen raíces en procesos históricos y socioculturales, hace falta entender mejor el contexto local y los procesos y actores que influyen en las decisiones que se toman.

Según lo anterior, este estudio busca entender cómo se toman las decisiones de usar o no los servicios de salud durante el embarazo y parto, quién decide y quién influye en los tomadores de

decisión. Mediante metodologías de investigación cualitativas, con entrevistas semiestructuradas y la elaboración de mapas de actores basados en las entrevistas, se identificó a los actores principales que brindan información, influencia y apoyo a la mujer durante el embarazo, el parto y las emergencias obstétricas, y se analizaron los principales factores y motivaciones que influyen en la decisión de usar o no los servicios de salud durante estos procesos. Para tales efectos, a lo largo de más de un año, se entrevistó a más de 600 personas, en 29 comunidades en 5 países, incluyendo mujeres que habían tenido sus partos ya sea en casa o en un establecimiento, miembros de sus familias y sus comunidades, y proveedores de los servicios de salud. El trabajo fue realizado por un equipo multidisciplinario e internacional, liderado por una antropóloga especialista en salud pública, que incluyó a una economista, un médico salubrista, una antropóloga y expertos locales en cada país en sociología, antropología, y apoyo técnico, logístico y lingüístico.

Esta monografía está dividida en tres secciones. La primera sección presenta el marco teórico que resume los conceptos básicos y la literatura relacionada con las redes sociales en temas de salud, así como la teoría de cómo las redes sociales influyen en las decisiones y el comportamiento de las personas, particularmente en materia de salud. También presenta la metodología utilizada para la realización del trabajo de campo, los criterios para la selección de las comunidades y algunos factores limitantes que restringieron las opciones en algunos casos. La segunda sección consiste en un análisis de los hallazgos, los temas transversales entre todos los países y una comparación dentro de y entre los países. Asimismo, se presentan los estudios de caso para los cinco países: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Cada estudio de caso contiene una descripción detallada del contexto nacional y de las comunidades estudiadas, así como los mapas de redes y hallazgos principales. La tercera sección presenta las conclusiones y recomendaciones sobre cómo el entendimiento de la importancia de las redes sociales contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de salud y su utilización por parte de las personas indígenas y rurales en Mesoamérica.

Marco conceptual

Las redes sociales son las relaciones que existen entre diversas unidades sociales (individuos, grupos, organizaciones, países, etc.). La teoría de redes sociales plantea que las relaciones o conexiones con el interior de una red rigen tanto la

forma en que funciona la red como la manera en que se comportan los individuos dentro de la red misma¹¹. Entendemos cada vez mejor que las redes sociales afectan profundamente las vidas de las personas en distintas formas. Se ha demostrado que las personas con quienes los individuos interactúan de manera periódica, así como la estructura y el contenido de tales interacciones afectan el comportamiento en ámbitos como el voto, las compras, los patrones de consumo de alimentos, la pérdida y el aumento de peso, la transmisión de enfermedades, los comportamientos sexuales y otros¹².

El interés en las redes sociales data de la década de 1960 y gran parte de su utilización en salud proviene del trabajo realizado por investigadores sobre la base de la teoría de difusión de innovaciones¹³ que se ha usado profusamente en el ámbito de la salud¹⁴. La llegada de la época

tecnológica y la capacidad de mapear complejos sistemas de redes y analizar tanto las estructuras de las redes como el flujo de información entre redes han aumentado el interés sobre cómo estos afectan el proceso de toma de decisiones. La disponibilidad de grandes conjuntos de datos, como el estudio longitudinal de salud Framingham sobre el “contagio” de la obesidad realizado en los Estados Unidos¹⁵, y el estudio longitudinal Matlab de Bangladesh, sobre decisiones relacionadas con el embarazo y parto¹⁶, ha permitido a los investigadores verificar empíricamente teorías relativas al poder que tienen las redes de afectar comportamientos relativos a la salud.

El análisis de redes sociales (ARS) se utiliza para mapear las relaciones entre diferentes personas u otras unidades sociales y puede servir de herramienta para modificar los comportamientos

Cuadro 1. Conceptos clave de la teoría y Análisis de Redes Sociales (ARS)

Cinco reglas principales sobre las redes sociales (Christakis y Fowler, 2012)

Regla 1: Los seres humanos dan forma a sus redes y las reelaboran constantemente

El ejemplo más claro es el concepto de *homofilia*: la tendencia de la gente a relacionarse con personas con quienes comparten características similares.

Regla 2: Nuestra red nos hace lo que somos

Las personas con quienes los individuos interactúan y el número de interacciones influyen en una serie de factores, como por ejemplo en las creencias religiosas o los efectos positivos en la salud al contar con amigos y estar casado.

Regla 3: Nuestros amigos nos afectan

Las personas con quienes un individuo interactúa de manera directa influyen en su comportamiento. Este concepto es ampliamente conocido y aceptado como *presión de grupo*.

Regla 4: Los amigos de los amigos de nuestros amigos nos afectan

No son solo los amigos los que nos afectan, sino también los amigos de los amigos. Como consecuencia de este efecto, la difusión dentro de una red es más efectiva cuantas más personas se dediquen a transmitir los mensajes dentro de ella.

Regla 5: La red tiene vida propia

Los grupos de personas interconectadas pueden exhibir comportamientos comunes complejos, como por el ejemplo el fenómeno de “*la ola*” que se da en los estadios de fútbol de diferentes países y culturas. La ola de gente se desplaza de izquierda a derecha y tiende a producirse a la misma velocidad. Ello ocurre sin ninguna planificación organizada y corresponde a un efecto no planificado de la masa de personas y no de los individuos.

11 Christakis, N., Fowler, J. 2009. *Connected: the surprising power of our social networks and how they shape our lives – how your friends' friends' friends affect everything you feel, think, and do*. Little Brown and Company. New York.

12 Valente, T. 2012. *Network interventions*. *Science* (337), 48-53.

13 La teoría de difusión de innovaciones postula que las innovaciones se generalizan en una sociedad a través de una curva en forma de campana. Las personas de la población se pueden clasificar según el punto en la curva en el que adoptan una innovación: *innovadores, primeros adoptantes, primera mayoría, última mayoría y rezagados*.

14 Rogers, E. 1995. *Diffusion of innovations: history and Concepts*. Free Press, New York.

15 Christakis, N., Fowler, J. 2007. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*. 357(4), 370-379.

16 Edmunds, J.K., Hruschka, D., Bernard, H.R., Sibley, L. 2012. Women's social networks and birth attendant decisions: Application of the Network-Episode Model. *Social Science & Medicine*. 74(3), 452-459.

de las personas que conforman las redes. Para los efectos de este estudio, la revisión bibliográfica se enfoca en estudios de redes sociales sobre personas, grupos y organizaciones, dejando de lado los sistemas sociales más amplios como países o redes virtuales como *Facebook* o *Twitter*.

Egos y alteris

Un individuo al cual se entrevista con respecto a sus relaciones se denomina “ego”, en tanto que las personas que mantienen una relación de cualquier tipo con dicha persona se denominan “alteris”.

Centralidad

La centralidad de una persona dentro de una red es mayor si sus conexiones con otras personas de la red son numerosas. Identificar a las personas con un alto grado de centralidad para que transmitan los mensajes relacionados con la educación o la comunicación parece ser la forma lógica de aprovechar este concepto para fines de promoción de la salud. No obstante, las personas con un alto grado de centralidad tienden a obedecer las normas sociales y a menudo son más reticentes a adoptar conductas o innovaciones.¹⁷

Multiplicidad

La multiplicidad se refiere al número de relaciones diferentes entre personas que coexisten de manera simultánea. Se da en mayor medida en sociedades tradicionales y rurales que en las sociedades modernas. Una mujer por ejemplo, puede tener una relación “paciente-prestador” con una partera o comadrona que a su vez es su pariente y además su vecina. Las relaciones múltiples y de la alta densidad pueden llegar a determinar el flujo de información en las sociedades y, por lo tanto, las estrategias de comunicación interpersonal de salud. Los agentes de salud comunitarios pueden transmitir la información de manera más eficaz dentro de sus propias redes si gozan de alta centralidad (un gran número de relaciones con otros) y alta multiplicidad (muchas relaciones diferentes)¹⁸.

Posición

Comprender la posición que ocupan los individuos en una red ayuda para identificar a quienes la lideran. La posición o el rol dentro de la red se definen ya sea en términos del individuo (madre, líder de la comunidad) o como resultado del análisis (central). La posición hace alusión a diversos factores, entre los que destacan el grado

o la cantidad de veces en que a una persona se la identifica como *alteri*. El concepto de posición se puede entender mejor cuando se trata de un grupo pequeño¹⁴.

Difusión de innovaciones y comportamientos

Propagación de comportamientos en una red y tres niveles de influencia

Desde 1948, el estudio Framingham ha recopilado información detallada acerca de los comportamientos relacionados con la salud entre decenas de miles de estadounidenses, además de información sobre sus amigos, parientes, vecinos y colegas. Al examinar una muestra de 5.124 encuestados claves conectados con otras 12.067 personas, los investigadores descubrieron que las personas eran más propensas a volverse obesas si sus amigos también son obesos. Al ampliar el rango de conexiones, notaron que también tendían a ser más obesas si los amigos de sus amigos lo eran. El riesgo de padecer obesidad era 45% mayor en el caso de las relaciones directas, 20% mayor con dos niveles de influencia (el amigo de tu amigo) y 10% mayor con tres niveles¹⁵.

Factores que influyen en los cambios de comportamiento en las redes

Se piensa que los cambios de comportamiento se producen principalmente de dos maneras en los grupos de personas vinculados en red: (a) por imitación o (b) por cambios en las normas sociales. Las interacciones del grupo parecen reforzar los valores y las actitudes comunes. Una de las formas en que esto puede ocurrir es mediante la imitación de comportamientos positivos o negativos de una forma consciente o inconsciente. Las normas sociales también se difunden a través de las redes y pueden llegar a constituir un factor de fondo en el cambio de conducta y en la adopción de innovaciones. Las normas se aprenden al observar el comportamiento de los pares y los superiores y mediante la información recibida.

Fuerza de los lazos débiles

Uno de los aspectos más documentados en los ARS son “lazos débiles” o personas “conocidas”. Dentro de una red las personas se comunican fundamentalmente con individuos que comparten los mismos amigos y lazos familiares, por lo que la exposición

17 Kadushin, C. 2012. *Understanding Social Networks: Theories, Concepts and Findings*. Oxford University Press, New York.

18 Boulay, M., Valente, T. 1999. The Relationship of Social Affiliation and Interpersonal Discussions to Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices. *International Family Planning Perspectives*. 25(3) 112-118, 138.

14 Op. Cit.14.

15 Op. Cit.15.

a nuevas ideas es más lenta que en una red dotada de una mayor cantidad de lazos débiles¹⁶. Esto cobra especial importancia en las sociedades rurales y tradicionales donde los lazos entre las personas tienden a ser fuertes y exhiben gran multiplicidad. Las personas se conectan con otras mediante redes densas de parentesco, vecinos u otros lazos, por lo que existe poca oportunidad para lazos débiles y esto dificulta la introducción de información nueva e innovaciones, dado que la información proviene siempre de las mismas personas.

Quiénes ejercen la influencia y quiénes la reciben

La influencia puede ser interna o externa al grupo, como por ejemplo la influencia que ejercen ciertos actores tales como los trabajadores de la salud externos u otros en una comunidad dada. Se ha demostrado que las personas que gozan de mayor centralidad pueden ejercer influencia de manera más eficaz. A su vez, hay otras personas que, por sus características o la posición que ocupan en sus redes, son más propensas a recibir la influencia de otras. Algunos investigadores en el ámbito del ARS plantean que las personas que ocupan puestos centrales pueden ser más asequibles y llegar a más personas, pero al mismo tiempo puede que no se dejen influir por mensajes provenientes de fuentes externas a sus redes. Dicho de otro modo, tienen menores probabilidades de adoptar conductas que no gozan de amplia aceptación en sus redes¹⁴.

Trabajo empírico sobre la aplicación del análisis de redes sociales (ARS) en la salud

Utilización de los servicios y salud materna

Un estudio realizado en Uganda el 2012 sobre las acciones de las comunidades frente a situaciones de emergencia obstétrica reveló que las comunidades valoran más la información que reciben de los líderes locales dentro de su red y no de los trabajadores de la salud¹⁹. Otro estudio acerca de las comunidades nómades en Chad encontró que los esposos debían, por norma cultural, proveer los recursos para cubrir todas las necesidades de salud de las mujeres. No obstante, aquellas mujeres con menos partos eran menos valoradas por sus maridos y por lo tanto sus probabilidades

de contar con los recursos necesarios para obtener servicios formales de salud eran menores. Las mujeres en este grupo recurrían a sus redes: los partos eran asistidos por otras madres u otras parientas y las complicaciones obstétricas eran atendidas por parteras tradicionales²⁰.

Las investigaciones realizadas por Lindstrom y Muñoz-Franco en Guatemala estudiaron los efectos de la migración de mujeres y sus parientes en el uso de los servicios de salud materna. Se pudo establecer que la experiencia migratoria se encuentra fuertemente vinculada a la utilización de los servicios de atención prenatal y de asistencia al parto en centros de salud, al igual que los lazos de parentesco con migrantes urbanos o internacionales. La migración parece mejorar la utilización de los servicios de salud al aumentar la disponibilidad de recursos financieros para superar las dificultades emanadas de los costos. Asimismo, se determinó que la migración urbana y las conexiones con migrantes actúan como canales de difusión de ideas nuevas así como garantía de disponibilidad de los recursos necesarios²¹.

Un estudio aplicado a 694 mujeres en zonas rurales de Bangladesh recurrió al análisis cuantitativo de las redes sociales para examinar los diversos tipos de asistencia al parto utilizados por las mujeres (hogar, parteras tradicionales y asistencia profesional). Aquellas mujeres con un alto puntaje de centralidad (aquellas con un gran número de contactos) fueron asociadas con una menor probabilidad de utilizar asistencia profesional²². Esto se atribuye a que las personas con un alto grado de centralidad obedecen en mayor medida a las normas sociales. En este caso, la norma de la comunidad fomentaba el alumbramiento en el hogar y con la familia.

Este estudio también puso de manifiesto que quienes recurrían a un determinado tipo de asistencia durante el parto tenían más probabilidades de estar conectadas con otras mujeres que recurrían al mismo tipo de asistencia al parto. Por ejemplo, aquellas mujeres que solicitaban la ayuda de parteras tradicionales estaban conectadas entre sí, en tanto que quienes utilizaban los servicios formales de salud se encontraban conectadas con otras usuarias de servicios formales de salud.

16 Op. Cit.16.

14 Op. Cit.14.

19 Ogwang, S., Najjemba, R., Tumwesigye, N., Orach, C. 2012. Community Involvement in Emergency Obstetric Care Management in Rural Areas: the Case of Rukungiri in Rural Uganda” Biomed Central: *Pregnancy and Childbirth*, 12(20).

20 Hampshire, K. 2002. Networks of nomads: negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad. *Social Science and Medicine*. 54(7), 1025-1037.

21 Lindstrom, D., Muñoz-Franco, E. 2010. Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*. 63(3), 706-721.

22 Gayen, K., Raeside, R. 2007. Social networks, normative influence and health delivery in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*. 65(5), 900-914.

Uso de anticonceptivos y conductas sobre salud sexual y reproductiva

Un estudio realizado en Malí reveló que *los efectos de las redes varían según la edad*. Se descubrió que la influencia de las redes en la fecundidad es mayor en mujeres de 30 años o más que en las mujeres jóvenes. La tasa de fecundidad era menor y el uso permanente de anticonceptivos era mayor entre aquellas mujeres con mayores lazos de parentesco conyugal (Madhavan, 2003). Los resultados presentados sugieren la importancia de considerar la edad como variable en los estudios de redes. Además, el estudio confirmó los resultados de otros estudios donde se observa un mayor uso de anticonceptivos entre las mujeres con una mayor cantidad de lazos con personas fuera de su red.

Análisis de redes sociales (ARS) en América Latina

En América Latina, el ARS ha sido utilizado por científicos, políticos y economistas como forma de evaluar una serie de temas diversos relacionados con la manera en que los sectores pobres acceden a los bienes y servicios sociales.

Un estudio centrado en las redes dentro y entre organizaciones, analizó aquellos factores que contribuían al éxito del programa *Desnutrición cero* llevado a cabo en Bolivia. Los autores descubrieron que el hecho de incluir nutricionistas como parte del programa en diversos puntos de la red había contribuido en muchos casos a establecer “puentes” con otros conglomerados de red. Confirmaron, asimismo, que la formación de grupos de trabajo o conglomerados cohesivos dentro del sistema o la red favorecía el éxito del programa²³.

Un estudio de redes sociales en México examinó la forma en que los lazos con migrantes transnacionales podían afectar el apoyo a las personas con enfermedades crónicas. Mediante técnicas etnográficas se creó un mapa visual simple de los lazos. El autor determinó que las personas con fuertes lazos con migrantes poseían mayores recursos para la atención, y que el tamaño de su red era menos importante que el capital material que fluía por la red (Lizardi, 2010). Este estudio constituye

un ejemplo de cómo se puede aplicar el ARS para entender el flujo de recursos económicos dentro de las redes sociales²⁴.

La literatura citada sobre las redes sociales y su aplicación en el área de la salud materna y reproductiva demuestran el enorme potencial del análisis y la teoría de redes para desarrollar intervenciones destinadas a cambios de comportamiento en la comunidad y a promover la salud materna y reproductiva en las poblaciones rurales e indígenas. En particular, demuestra la importancia de entender la estructura de las redes y cómo aprovechar sus distintas características (centralidad, lazos débiles, flujos de información) para difundir nuevos conceptos y promover comportamientos beneficiosos para la salud de las personas.

Intervenciones que fomentan la demanda de servicios de salud materna

En 2010, un reporte de la Organización Mundial de la Salud mencionó que las intervenciones relacionadas con los servicios de salud, particularmente de salud materna, infantil y planificación familiar, han tenido un bajo impacto particularmente en las áreas más pobres y vulnerables. Según este informe, el problema proviene de la baja calidad de los servicios (infraestructura, personal de salud, etc.) y también de una subutilización de estos²⁵.

En América Latina se han creado programas para aumentar la demanda y utilización de servicios de salud, de los cuales aquí se destacan cuatro. Existen programas especializados en subsidiar la demanda. Al reconocer que la falta de dinero es un obstáculo para el uso de servicios de salud, uno de los objetivos de estos programas es eliminar esta barrera económica. Como ejemplo, en Haití, desde 2008 se ofrecen cuidados obstétricos gratuitos que incluyen el financiamiento de costos de transporte para llegar al establecimiento de salud. El Ministerio de Salud ofrece pagos directos a los establecimientos de salud por ofrecer cuidados gratuitos durante el embarazo, parto y posparto. También se incluye una compensación económica relacionada con gastos de transporte a todas las mujeres que realicen controles prenatales y partos institucionales. Una primera evaluación de este programa muestra un incremento en los controles

23 Morales, N., Pando, E., Johannsen, J. 2010. Understanding the “Zero Malnutrition” Program in Bolivia: an Analysis of Networks and Actors. Inter-American Development Bank, Washington, DC.

24 Lizardi-Gómez, A. 2010. Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional. *Revista Hispana para el análisis de redes sociales*.

25 Gupta, I., Joe, W., Rudra, S. 2010. *Demand Side Financing in Health: How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World Health Organization.

26 World Health Organization. 2012. Free Obstetric care in Haiti. Visitado en: http://www.who.int/features/2012/haiti_obstetric_care/en/.

prenatales y una reducción en muertes maternas en las áreas de implementación²⁶.

Las transferencias monetarias condicionadas (TMC) son también programas que apuntan a incrementar la demanda de servicios de salud materna. En El Salvador una evaluación del programa Comunidades Solidarias Rurales en 2008 mostró que las TMC aumentaron los partos institucionales, pero no así los comportamientos de salud relacionados con la salud materna durante el embarazo y posparto²⁷.

Otros programas tienen un enfoque más integral. El Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PAR SALUD) es un programa del ministerio de salud del Perú que tiene como uno de sus objetivos contribuir a mejorar de la salud materno-infantil, priorizando las zonas más pobres del país. Uno de sus componentes promueve la demanda para servicios de salud materno-infantil y la adopción de prácticas adecuadas y recursos de cuidados familiares y comunitarios. Por medio de un programa de comunicación y educación, este componente se enfoca en promover prácticas familiares para el cuidado de la salud de mujeres y niños menores de 3 años.

Family Care International tiene un programa comunitario participativo llamado *Missing Partner Initiative* (Iniciativa para parejas perdidas) el cual trabaja con líderes (comunales, religiosos, locales) y organizaciones de base para reducir las barreras sociales y culturales que limitan el uso de los servicios de salud materna. En Latinoamérica, este programa trabaja con el enlace continental de mujeres indígenas en Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala y Honduras para construir, mejorar y promover la conciencia del acceso a la salud, en especial la salud materna, como un derecho. También ofrece espacios de intercambio entre proveedores de salud y líderes comunitarios para desarrollar servicios de salud culturalmente apropiados. Asimismo, este programa trabaja con promotores de salud indígenas para crear conciencia sobre la violencia contra las mujeres y su impacto al nivel individual, familiar y comunal y ofrece enlaces legales y servicios de salud para las víctimas de violencia doméstica²⁸.

Metodología

Esta sección describe los métodos de investigación y herramientas utilizadas para este estudio. El trabajo de campo se realizó entre junio de 2012 y julio de 2013, en cinco países de Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua²⁹.

I. Diseño metodológico

Análisis de redes sociales (ARS) La base conceptual del ARS demuestra que más allá de los atributos personales de cada persona (edad, nivel socioeconómico, etc.) existen relaciones entre diferentes unidades sociales (personas, grupos, organizaciones, países), y que estas relaciones o conexiones estructuran la red y el comportamiento de los individuos que la conforman³⁰. Las personas con quienes interactuamos en el día a día y la estructura y el contenido de estas interacciones afectan profundamente nuestras decisiones sobre salud, política, patrones de consumo y muchos otros comportamientos humanos.

El ARS incluye dos aproximaciones analíticas: i) redes sociocéntricas (también llamadas sociométricas, completas o globales) que incluyen y analizan a todos, o casi todos, los miembros de una determinada comunidad o grupo, y ii) redes egocéntricas. Las redes egocéntricas (también llamadas personales o locales) describen a un individuo (generalmente llamado *ego*) y todas las personas (llamadas *alteris*) con quienes este individuo se relaciona, con el objetivo de crear un perfil “típico” de la red⁶. Este estudio utiliza como base de análisis las redes egocéntricas de la mujer embarazada (*ego*), y los actores (*alteris*) que conforman su red durante el embarazo y parto.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo es una alternativa importante en investigaciones sobre salud pública y comportamientos humanos, ya que permite entender la lógica y racionalidad de los comportamientos según el contexto local y las realidades complejas en las cuales las personas toman decisiones³¹. Es importante notar que el análisis cualitativo no se sustenta en la identificación, la selección o el uso de mues-

27 De Brauw, A., Peterman, A. 2011. Can conditional cash transfers improve maternal health and birth outcomes?. International Food Policy Research Institute (IFPRI).

28 Family Care International. *Engaging communities to improve maternal health*. visitado en: <http://www.familycareintl.org/en/issues/70>.

29 Este estudio fue diseñado considerando las guías éticas de las Políticas Operativas sobre pueblos Indígenas (OP-765) del BID y dentro de los acuerdos de SM2015 sobre trabajo con poblaciones indígenas. También se obtuvo la aprobación del comité independiente de ética de la Universidad de Maryland.

30 Ward, V. 2012. Redes sociales en la salud materna y reproductiva. Informe de Consultoría, Banco Interamericano de Desarrollo.

31 Family Health International. Module 1: Qualitative Research methods Overview. Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide.

32 La saturación de información busca casos que sean lo suficientemente explicativos hasta el momento en que la información no conduzca a comprensiones adicionales, aun cuando la muestra continúe aumentando. La triangulación busca el uso de varias estrategias de investigación para estudiar un mismo fenómeno y reducir los sesgos de información.

33 Waters, W. 2011. Análisis cualitativo de las barreras a la demanda por servicios de salud en pueblos indígenas en Panamá. Banco Interamericano de Desarrollo.

tras estadísticamente representativas. En lugar del significado estadístico, el análisis se basa en los principios de saturación y triangulación³² “que conjuntamente producen resultados que se pueden utilizar para entender los fenómenos de interés³³”.

II. Técnicas de investigación

Este estudio utilizó 3 técnicas de investigación:

- Entrevista individual semiestructurada**
Es una técnica que divulga las experiencias de personas cuyas historias ilustran su entorno social. En este estudio, las entrevistas se concentraron en la exploración y el entendimiento de las dinámicas sociales en las cuales se toman las decisiones con respecto al embarazo y parto y puerperio.
- Mapa de actores** (o *Net_Map* por su nombre en inglés) es una herramienta que se basa en la entrevista semiestructurada para mostrar de forma visual los actores de una red, sus relaciones e influencias³⁴. Los nombres de los actores identificados en cada entrevista se

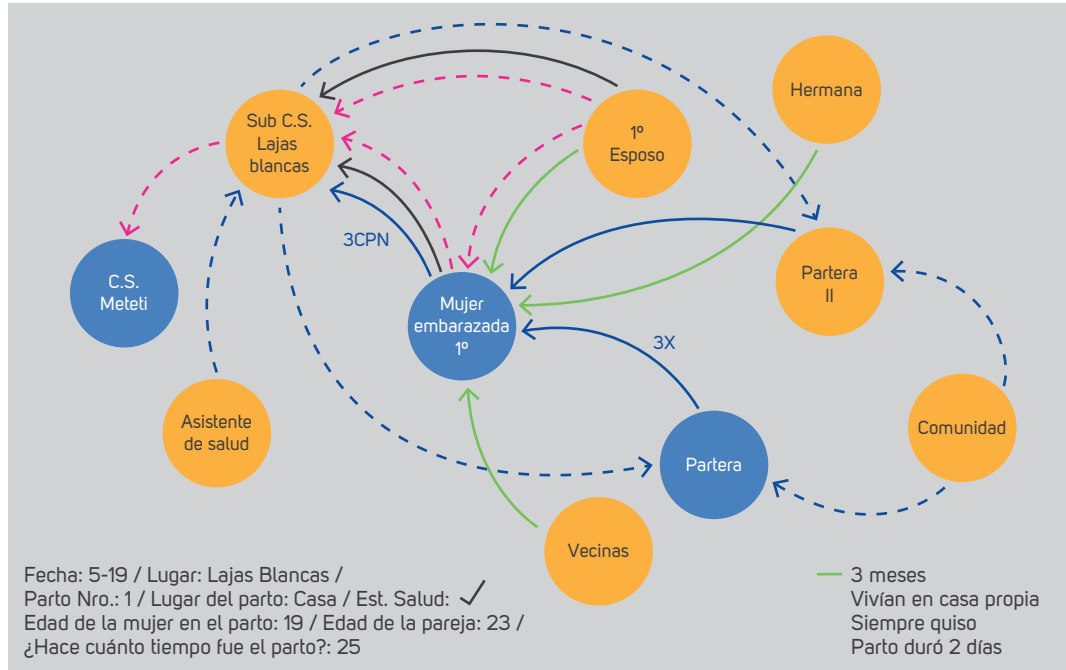
escriben en tarjetas de color y se distribuyen en un papelógrafo. A medida que la historia se desarrolla, el moderador establece las conexiones entre los actores a través de flechas de colores diferentes (según tipo de vínculo/línea o momento) y enumera como No. 1 y No. 2 a los principales tomadores de decisiones sobre el lugar del parto.

- Cuestionario cerrado** limita las posibles respuestas del interrogado y permite al investigador controlar el marco de referencia³⁵. El cuestionario cerrado se utilizó para establecer algunos atributos claves de los entrevistados, por ejemplo, edad, años de escolaridad, número de partos en casa, etc., y para obtener algunas estadísticas descriptivas. En el cuestionario también se incluyeron preguntas sobre afiliación religiosa, violencia doméstica y planificación familiar.

III. Comunidades de trabajo

Se identificó un total de 29 comunidades dentro de los proyectos y/o áreas de cobertura de la iniciativa

Gráfico 1. Mapa de actores (Net_Map)



34 Schiffer, E. *How Net_Maps Works*. Visitado en: <http://netmap.wordpress.com/about/>.

35 Avilez, J. Recoleccion de datos. Visitado en: <http://www.monografias.com/trabajos12/recoldat/recoldat.shtml>

SM2015. En los 5 países, los criterios para identificación de comunidades fueron:

- i. *Población indígena (>75%)* Municipios y comunidades con más de 75% (>75%) de población indígena.
- ii. *Distancia geográfica (<2h)* Con el fin de controlar el efecto de la barrera geográfica como un factor de influencia mayor, se identificaron comunidades que se encuentren a menos de 2 horas (< 2h) de un establecimiento de salud con capacidad resolutoria para atender partos.
- iii. *Cobertura de parto institucional (>45%)* Comunidades donde la cobertura de parto institucional sea igual o mayor al 45% del total de partos esperados. Contar con participantes que decidieron tener el parto en casa como aquellos que decidieron ir a un establecimiento de salud permitió realizar comparaciones según contextos sociales similares.
- iv. *Estabilidad y seguridad* Comunidades que no presenten riesgos al equipo de trabajo, como por ejemplo movilización por ríos en temporada de lluvia, o comunidades cercanas a zonas fronterizas donde puedan existir grupos paramilitares o tráfico de sustancias ilícitas.
- v. *Comunidades mestizas (>50%)*: para los proyectos de Nicaragua y Honduras también se identificó comunidades mestizas con más del 60% de su población viviendo en áreas rurales. A diferencia de los otros proyectos de país, estos cuentan con una población mestiza igual o mayor a la población indígena.

Estos criterios fueron modificados o excluidos, y otros fueron añadidos en base a la información disponible en cada país y a las recomendaciones realizadas por los ministerios de salud. Por ejemplo, en Panamá se incluyeron comunidades beneficiarias de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) del MINSA para entender mejor el impacto de las unidades de atención itinerantes.

Cuadro 2. Comunidades de trabajo de los cinco países

PAÍS	DEPTO. ESTADO	REGIÓN	MUNICIPIO	CABECERA Y/O COMUNIDAD	
México	Chiapas	Región XIV	Sabanilla	Sabanilla	
			Chilón	Chilón	
		Región V	San Juan Chamula	San Juan Chamula	
Guatemala	San Marcos	Región VI	Comitancillo	Comitancillo	Agua Tibia
	Huehuetenango	Región VII	San Idelfonso Ixta.	San Idelfonso Ixta.	Casaca
Nicaragua	Matagalpa	N/A	Tuma-La Dalia	San Francisco	San Joaquín
			Bonanza	Sakalwas	La Espanolina
	RAAN		Mulukuku	Lisawe	Sarawas
			Puerto Cabeza	Tuapi	Ninayari
Panamá	N/A	Guna Yala	N/A	Akuatupu	Carti Mulatupu
		Embera-Wounaan	N/A	El Salto	Lajas Blancas
				Marragandi	
Honduras	Copán	N/A	Copán Ruinas	Morazan, Cabañas	Otuta, Santa Rita
	Intibucá		Concepción	Santiago	
	La Paz		Santiago de Puríngua	Las Delicias	Ojo de Agua
	Olancho		Dulce Nombre del Culmi	Culucu	Jocomico

Tabla 1. Perfil de participantes

VARIABLE	CHIAPAS		GUATEMALA		PANAMÁ		HONDURAS		NICARAGUA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mujer	38	72	73	80	59	66	76	67	105	71	351	351
Hombre	15	28	18	20	31	34	38	33	43	29	145	145
Subtotal	53	100	91	100	90	100	114	100	148	100	496	496
Casado(a)/ unión libre	48	92	80	89	69	77	105	92	104	70	406	406
Edad \bar{x}	30,6		31		30,7		29,3		31,5		30,6	
n de embarazos \bar{x}	4,2		5,1		5,8		4,8		4,6		4,9	
Edad 1 ^{er} parto \bar{x}	18,8		19,1		19,7		17,9		20,14		19,1	
partos en casa %	75,2 %		76,0 %		57,3 %		59,0 %		48 %		63,1 %	
Actores de la red (n)												
Parteras	19		12		6		4		23		64	
Proveedores de salud (PS)	5		10		2		12		9		38	
PS comunitarios	0		0		3		5		7		15	
Otros	0		0		8		5		2		12	
Subtotal	24		22		19		26		41		132	

IV. Participantes

Se entrevistó a mujeres (primíparas y múltíparas) y hombres entre 15 a 44 años para construir los mapas de actores. Para las mujeres múltíparas se hizo un mapa para el primer parto y otro mapa para un último parto o para un parto identificado como emergencia obstétrica. Para los hombres se procedió de la misma manera, siempre ubicando a la mujer embarazada al centro del mapa.

También se entrevistó, en menor cantidad, a mujeres y hombres mayores de 45 años para analizar sus roles como suegros y abuelos y analizar cambios de la oferta y demanda de servicios en los últimos 10 años. El número de entrevistas se determinó basado en el potencial de cada caso para crear redes sociales tipo en cada comunidad, que sean lo suficientemente explicativas hasta el momento en que las entrevistas no conduzcan hacia comprensiones adicionales (saturación).

Igualmente se entrevistó a actores claves de la comunidad y de los establecimientos de salud que aparecieron recurrentemente en los mapas y/o a través del método de *bola de nieve*³⁶ para triangular la información proporcionada en las entrevistas.

V. Recolección de información y análisis de resultados

El equipo de investigación, liderado por una especialista en protección social y salud del BID con formación en antropología médica, fue conformado por 5 personas: 1) una economista experta en análisis de Mapa de actores (Net_Map); 2) un médico salubrista experto en salud materno-infantil; 3) una antropóloga salubrista; 4) un(a) antropólogo o sociólogo del respectivo país; y 5) un coordinador de campo y/o intérpretes.

Todos los miembros del equipo fueron capacitados en las técnicas de investigación y todos contaron con 7 documentos de trabajo para realizar las

36 El método bola de nieve permite seleccionar un grupo inicial de encuestados (referencias), por lo general al azar, a quienes después de entrevistar se les solicita que identifiquen a otras personas que pertenezcan a la población meta de interés.

37 Los 7 documentos de trabajo fueron: A: Guía de entrevistas para elaborar mapa de redes (mujeres); B: Guía de entrevistas para elaborar mapa de redes (hombres); C: Cuestionario cerrado; D: Guía de entrevista para parteras; E: Guía de entrevista a personal de salud; F: Guía de entrevista para líderes comunitarios (u otro actor clave); G: Consentimiento Informado.

entrevistas y elaboración de mapas³⁷. En cada país se realizaron presentaciones a las autoridades de los ministerios de salud y autoridades locales para informarlas sobre los alcances y objetivos del estudio y contar con su anuencia³⁸. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas previo consentimiento informado de cada participante³⁹.

Se analizaron las transcripciones y los mapas de actores individualmente y en su conjunto a través de un proceso de codificación en tres etapas. Primero, se analizaron los mapas de actores para definir número y frecuencia de actores, tomadores de decisión y tipo de vínculos con la mujer embarazada (*ego*). Segundo, se realizó una codificación abierta de las transcripciones para identificar conceptos y para desarrollar categorías. Tercero, mediante la codificación selectiva se identificaron los temas principales y las interrelaciones entre estos.

VI. Limitaciones

Una primera limitación fue la falta de datos y registros desagregados en los diferentes países. Al nivel departamental y/o municipal existen datos poblacionales y de salud materna (cobertura de parto institucional, partos esperados). No obstante, al nivel local estos datos son incompletos o inexistentes.

Asimismo, originalmente se propuso entrevistar a todos los actores claves de cada entrevista por medio del método de *bola de nieve*. Sin embargo, durante la prueba piloto realizada en Chiapas (México) se reconoció que esta propuesta sería imposible de completar en los tiempos establecidos. De esta manera, se decidió entrevistar solo a aquellos actores claves identificados en más de cinco entrevistas por comunidad. Esta técnica permitió al equipo identificar a los actores con alta centralidad y/o multiplicidad y realizar un mayor número de entrevistas de mujeres. De esta forma, se podía contar con un arquetipo de las

redes sociales durante el embarazo y parto por comunidad.

Igualmente, hubo limitaciones externas a este estudio. En Puerto Cabeza, Nicaragua, por ejemplo, hubo protestas y bloqueos de caminos por conflictos políticos. Por esta razón se realizó el estudio en dos comunidades que estaban a más de 2 horas de un establecimiento de salud. En la comunidad de Soledad Mandinga en Panamá, los líderes locales negaron anuencia a realizar este estudio debido a que recientemente otro equipo de investigación hacía preguntas consideradas culturalmente inapropiadas. En Guatemala, por temas de seguridad, el Ministerio de Salud recomendó no realizar entrevistas después de las 16:00 hs, y este factor limitó el número de entrevistas posibles a realizar.

Este estudio ofrece una ventana de investigación cualitativa a la toma de decisiones en la salud materna. Dada la metodología utilizada, no se pretende realizar ningún tipo de inferencia estadística. No obstante, los estudios de línea de base para la SM2015 realizados en 2013 en Guatemala y Panamá arrojaron porcentajes similares a los de este estudio, lo cual genera mayor confianza en los hallazgos de ambos.

Por último, cabe resaltar que las entrevistas fueron basadas en experiencias pasadas, a veces de más de 5 años atrás; por tanto, esta retrospectiva puede provocar sesgos de información. El incluir entrevistas a parteras, proveedores de salud y otros actores claves ayudó a clarificar posibles dudas sobre la validez de la información de los entrevistados. Un dato importante es que, en muchos casos, las personas mostraron bastante interés y esfuerzo en recordar en detalle sus historias. Para muchos esta fue la primera vez que alguien les preguntaba sobre estos temas. Este comentario afirma la importancia de realizar investigaciones de carácter participativo donde las personas sientan que sus opiniones y perspectivas son tomadas en cuenta.

38 Se realizó una prueba piloto en Chiapas (México) donde se modificaron y perfeccionaron las guías para entrevistas, y se elaboraron mapas y cuestionarios cerrados.

39 Los entrevistados expresaron su consentimiento por escrito a través de su firma; en los casos en que los entrevistados no sabían leer ni escribir, dieron su consentimiento de forma oral ante un testigo, el cual declaró por escrito bajo su responsabilidad. En los casos donde los participantes no hablaban español, se optó por el consentimiento oral, donde el intérprete declaró por escrito bajo su responsabilidad.

Referencias bibliográficas

Boulay, M., Valente, T. 1999. The Relationship of Social Affiliation and Interpersonal discussions to Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices. *International Family Planning Perspectives*. 25(3) 112-118, 138.

Campbell, O., et al. 2006. *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works*; The Lancet Volume 368, Issue 9543, 7–13.

Christakis, N., Fowler, J. 2007. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*. 357(4), 370-379.

Christakis, N., Fowler, J. 2009. Connected: the surprising power of our social networks and how they shape our lives – how your friends' friends' friends affect everything you feel, think, and do. Little Brown and Company. New York.

Edmunds, J.K., Hruschka, D., Bernard, H.R., Sibley, L. 2012. Women's social networks and birth attendant decisions: Application of the Network-Episode Model. *Social Science & Medicine*. 74(3), 452-459.

Family Health International. Module 1: Qualitative Research methods Overview. Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide.

Gayen, K., Raeside, R. 2007. Social networks, normative influence and health delivery in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*. 65(5), 900-914.

Hampshire, K. 2002. Networks of nomads: negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad. *Social Science and Medicine*. 54(7), 1025-1037.

Kadushin, C. 2012. Understanding Social Networks: Theories, Concepts and Findings. Oxford University Press, New York.

Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en la cartera del BID. *Banco Interamericano de Desarrollo*.

Lindstrom, D., Muñoz-Franco, E. 2010. Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*. 63(3), 706-721.

Lizardi-Gómez, A. 2010. Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional. *Revista Hispana para el análisis de redes sociales*.

Morales, N., Pando, E., Johannsen, J. 2010. Understanding the “Zero Malnutrition” Program in Bolivia: an Analysis of Networks and Actors. Inter-American Development Bank, Washington, DC.

Ogwang, S., Najjemba, R., Tumwesigye, N., Orach, C. 2012. Community Involvement in Emergency Obstetric Care Management in Rural Areas: the Case of Rukungiri, Western Uganda, *Biomed Central: Pregnancy and Childbirth*, 12(20).

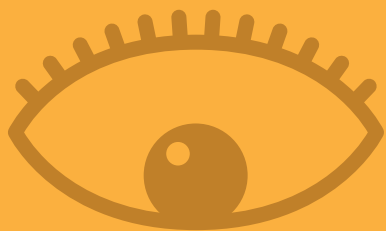
Procurador de los derechos humanos. 2013. *La situación de la Mortalidad Materna en Guatemala*. Honduras. Plan Nacional de Salud 2010-2014.

Rogers, E. 1995. *Diffusion of innovations: history and Concepts*. Free Press, New York.

Schiffer. E. *How Net_Maps Works*. Visitado en: <http://netmap.wordpress.com/about/>. Avilez, J. Recoleccion de datos. Visitado en: <http://www.monografias.com/trabajos12/recoldat/recoldat.shtml>.

Sreen, Thaddeus and Maine, Deborah Too Far to Walk Maternal Mortality in Context in Social Science and Medicine Vol. 38, Issue 8, April 1994, pp. 1091 - 1110.

Valente, T. 2012. *Network interventions*. Science (337), 48-53.



SECCIÓN II

Comparaciones a nivel regional

Esta sección ofrece un análisis comparativo sobre las similitudes y diferencias de las redes sociales entre los 5 países de este estudio, y muestra las características generales sobre quienes conforman la red social de la mujer embarazada (estructura de la red) y cuántos actores participan durante el embarazo y parto (tamaño de la red). Esta sección también ofrece un análisis sobre el rol y los vínculos de los actores más importantes dentro de la red y cómo estos vínculos estructuran y afectan las decisiones sobre el lugar de parto.

Capítulo 2

Estructura, tamaño de la red y rol de los actores

“La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla”⁴⁰

Estructura de la red social⁴¹

La familia

En general la red social de la mujer embarazada se estructura alrededor de la familia, con participación principalmente de las mujeres. Los varones participan más durante emergencias obstétricas y en decisiones relacionadas con gastos económicos y recursos de transporte. Esta estructuración familiar determina quiénes conforman la red y, aún más importante, establece a la familia nuclear (la madre y el cónyuge de la mujer embarazada) como los principales tomadores de decisión e influyentes con respecto al lugar del parto.

La familia y el parto

El embarazo y parto son procesos universales que se desarrollan en la esfera biológica y están sumergidos dentro de la esfera cultural y social⁴². En comunidades tradicionales los eventos biológicos están profundamente arraigados a creencias y prácticas sociales, a rituales relacionados con el significado del parto y a prescripciones y proscripciones que afectan a la mujer embarazada y al recién nacido⁴³. La maternidad se traduce no solamente en la producción de niños sino en la reproducción de la familia, y el parto se convierte en el primer momento de socialización de un nuevo miembro⁴⁴. Por lo tanto no debería sorprender que la intersección entre los procesos sociales (familia) y biológicos (parto) resulte en redes sociales predominantemente familiares.

Parteras

Las parteras son actores centrales en partos domiciliarios e institucionales, ya que además de atender partos, ellas también ofrecen cuidados durante el embarazo. Las parteras pueden ejercer influencia

40 Condori Ingaroca, L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. Capítulo II: Marco Teórico Referencial. Visitado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_1/cap2.htm.

41 La estructura de la red la conforman todos los actores que ofrecieron apoyo a la mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio. Los actores fueron clasificados en cuatro categorías: a) familia por consanguinidad (madre, padre, hermanos, etc., de la mujer embarazada); b) familia por afinidad (cónyuge, suegra, cuñado etc., de la mujer embarazada); c) servicios/personal de salud (Hospitales, puestos de salud, médicos, enfermeros, etc.); y d) Comunidad (partera, médico botánico, brigadista, líder de la comunidad, monitora, etc.).

42 Blazquez Rodríguez, M. 2005. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. *Revista de Antropología iberoamericana* (42).

43 Sargent, c. 2014. encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. *springer reference*.

44 Berry, N. 2010. Unsafe Motherhood: Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in post-war Guatemala.

Cuadro 3. Actores de la red social según cercanía al ego (mujer embarazada)

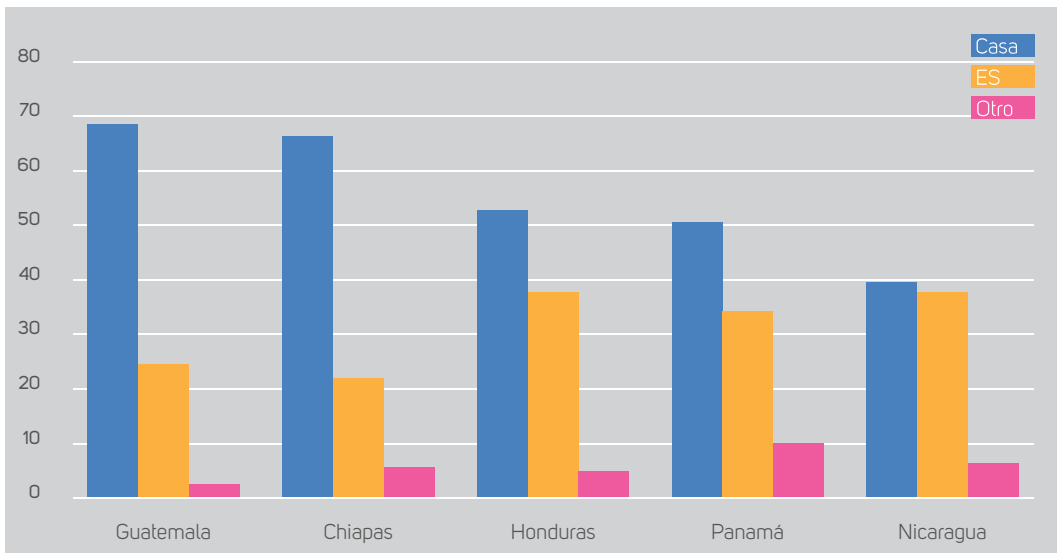


sobre las decisiones que toma la familia por su multiplicidad, y por tener conocimiento y experiencia en procesos de embarazo y parto. En muchos casos las familias prefieren el parto en casa asistido por una partera, con la expectativa de la evolución normal del parto. Durante emergencias obstétricas las parteras ejercen mayor influencia en las decisiones, pero muy pocas veces son tomadoras de decisiones⁴⁷.

Personal de salud

A pesar de poseer el conocimiento biomédico sobre el embarazo y parto, el personal de salud ejerce poco poder dentro de las redes sociales, especialmente en Guatemala y Chiapas (México) (en adelante, Chiapas), donde las redes sociales son exclusivamente familiares. Solo en Nicaragua y algunas comunidades de Honduras se observó una mayor participación e influencia del personal

Gráfico 2. Porcentajes de partos en casa y en ES por país⁴⁸



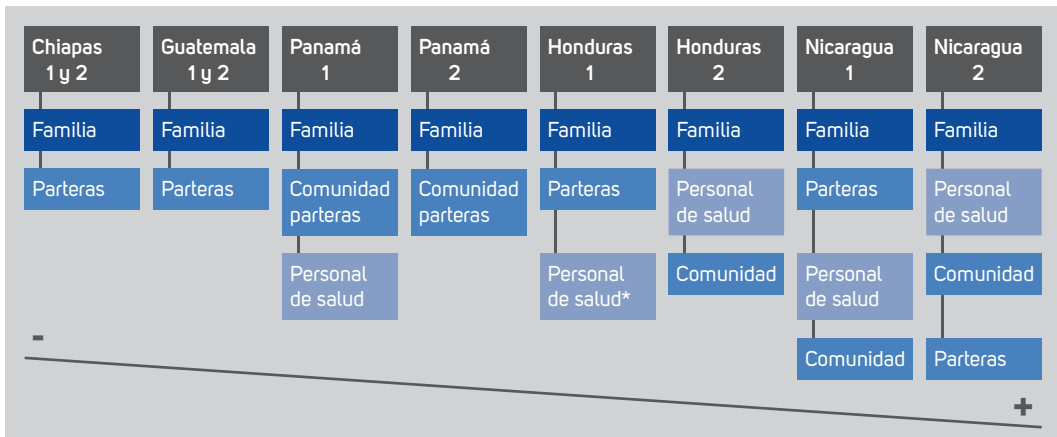
45 Sargent, c. 2014. encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. *springer reference*.

46 Diaz, M., Vila, I. La educación primaría de la familia mediatizada por las instituciones educativas. UNAM.

47 Un estudio etnográfico en San Miguel Ixtahuacán, Guatemala, concluyó que “las comadronas ejercen poca influencia sobre sus pacientes.”

48 Datos de las entrevistas en los 5 países de este estudio.

Gráfico 3. Representación de los actores de las redes sociales en los cinco países



El cuadro 3 muestra un continuo con respecto a las redes sociales en los 5 países estudiados. La variable constante es la familia que se encuentra en primer lugar en todos los países. En el extremo izquierdo del continuo se encuentran Chiapas y Guatemala con poca o ninguna participación del personal de salud, y con redes sociales mayormente familiares. En el extremo derecho se encuentra Nicaragua con la mayor participación del personal de salud. El número 1 representa el primer parto y el número 2 el último parto. Comunidad equivale a líderes locales y vecinos. Personal de salud equivale a biomédico y comunitario (brigadistas y promotores de salud).

* Solo en las comunidades de Copán y La Paz.

de salud, particularmente de los brigadistas de salud y enfermeros auxiliares. Si bien el personal de salud no aparece como un actor central de las redes sociales, su conocimiento técnico sobre el embarazo y parto, y los vínculos que tienen con los establecimientos de salud (ES) los convierte en actores centrales durante emergencias obstétricas y, a veces, en la asistencia y provisión de controles prenatales (CPN).

Composición de la red social⁴⁹

El tamaño de la red social se define como el número promedio de actores en una red por cada comunidad. A nivel regional, el tamaño promedio de las redes fluctúa de 4 a 7 actores, donde Chiapas tiene el promedio más bajo con 4 actores, y Panamá tiene el promedio más alto con 6 y 7 actores. No obstante, el tamaño de la red puede variar dentro cada país. En Chamula, municipio de Chiapas, por ejemplo, el promedio de actores es 6, mientras que en la comunidad de Marragandi en Panamá, el promedio de actores es de 2 a 3. Asimismo, existe una tendencia de disminución en el tamaño de la red de un primer a un último parto

(con excepción de las comunidades en Intibucá y La Paz, Honduras donde el tamaño de la red aumenta).

La importancia del tamaño de la red se manifiesta en las redes sociales de mujeres multíparas y mujeres solteras. Estas redes tienden a ser pequeñas (2 a 3 actores), lo cual limita sus posibilidades para movilizarse a un ES al no contar, por ejemplo, con los recursos económicos o contactos sociales del cónyuge. En el caso de las mujeres multíparas, el tamaño pequeño de la red resulta en que muchas veces ellas no tienen quien les ayude a cuidar a sus hijos pequeños, preparar la comida y cumplir los demás quehaceres domésticos.

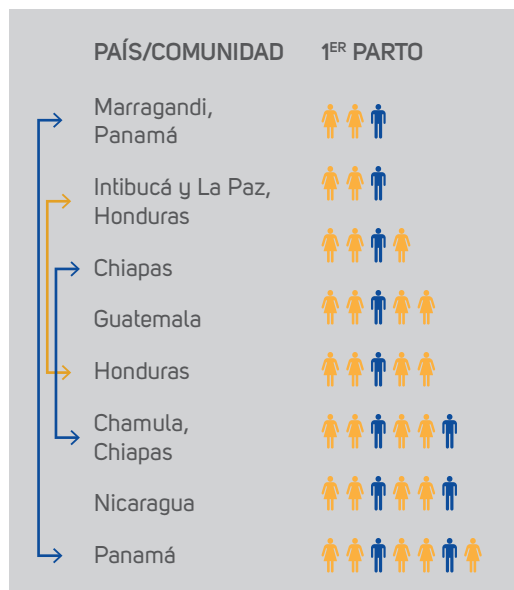
La calidad de vínculos entre actores es más importante que el número de actores o cuáles son los actores presentes.

Calidad de la red

No obstante el tamaño de la red, la calidad de vínculos entre actores es más importante que

49 En cada comunidad se suma a todos los actores mencionados en cada entrevista para crear una red general. En la red general se identifica a los actores activos e inactivos: los actores activos son aquellos que brindaron algún tipo de apoyo a la mujer embarazada y puérpera y que fueron mencionados en 2 o más en las entrevistas. Los actores inactivos son aquellos que no brindaron ningún apoyo a la mujer (por ejemplo el suegro pudo estar presente en el momento del parto pero no brindó ningún apoyo o recomendación) y/o fueron mencionados en menos de 2 entrevistas.

Cuadro 4. Tamaño promedio de las redes sociales por comunidad y país



el número de actores o cuáles son los actores presentes. La presencia de un cónyuge con conducta violenta, por ejemplo, puede afectar la salud de la mujer embarazada y puede limitar su traslado a un ES. Asimismo, tener varios miembros activos de la red no es sinónimo de mejor atención a la mujer embarazada; muchas veces estos actores se encuentran desinformados sobre la salud materna o no poseen el poder dentro de la red para tomar decisiones. Por este motivo, es más importante que la red social contenga 2-3 personas que están siempre presentes, que tienen información fidedigna sobre los signos de alarma y que tienen vínculos fuera de la red (como, por ejemplo, una partera vinculada a los ES), a que tenga 7-8 personas mal informadas.

Tomadores de decisión e influencias

En los cinco países, la díada madre-mujer, cónyuge-mujer y la tríada cónyuge-suegra-mujer se encuentran al centro de las decisiones sobre el lugar del parto. Los patrones de residencia determinan en

cierta medida quiénes toman las decisiones y quiénes tienen influencia.

Primer parto

En Chiapas y Guatemala, existe una marcada tendencia patrilocal: las parejas jóvenes tienden a vivir en la casa de los padres del hombre. Como resultado, el cónyuge es el principal tomador de decisiones o tiene gran influencia en las decisiones de la mujer; a su vez él recibe profundas influencias de su madre (la suegra de la mujer), quien muchas veces es la que toma estas decisiones. La mujer, sobre todo al ser primeriza y/o menor de 21 años, tiene poca o ninguna participación en las decisiones sobre dónde y con quién atender su parto.

En las comunidades indígenas de Nicaragua (Mayagnas y Miskitos), Honduras (Olancho) y Panamá (Guna Yala) los patrones de residencia son matrilocales; las parejas jóvenes tienden a vivir en la casa de los padres de la mujer y, por lo tanto, la díada madre-hija tiene el poder. La mujer embarazada y su madre son las que toman las decisiones sobre el lugar del parto. El cónyuge pasa a ser un tomador de decisión marginal y la suegra de la mujer tiene poca influencia.

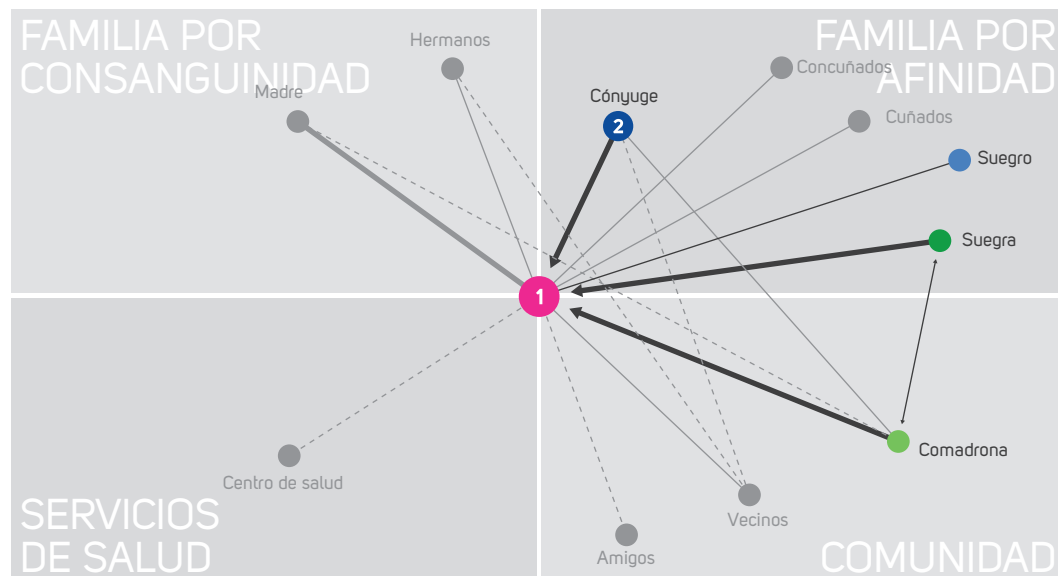
En las comunidades mestizas de Nicaragua, Honduras y Embera Panamá, los patrones de residencia son patrilocales y neolocales: las parejas jóvenes viven con la familia del hombre o en un lugar independiente. En estos lugares, a diferencia de Chiapas y Guatemala, la pareja (mujer y cónyuge) toma conjuntamente las decisiones sobre el lugar del parto, mientras que la suegra y madre de la mujer embarazada tienen menos influencia.

Último parto

Al pasar el tiempo las parejas establecen sus propios hogares (patrón neolocal). Con la experiencia y el conocimiento sobre el parto, el poder e influencia de la mujer aumenta. En Chiapas, Guatemala y Embera Panamá, las decisiones sobre el lugar del parto se toman en pareja, mientras que en Honduras, Nicaragua y Guna Yala, Panamá, las decisiones pueden ser en pareja o exclusivamente de la mujer embarazada.

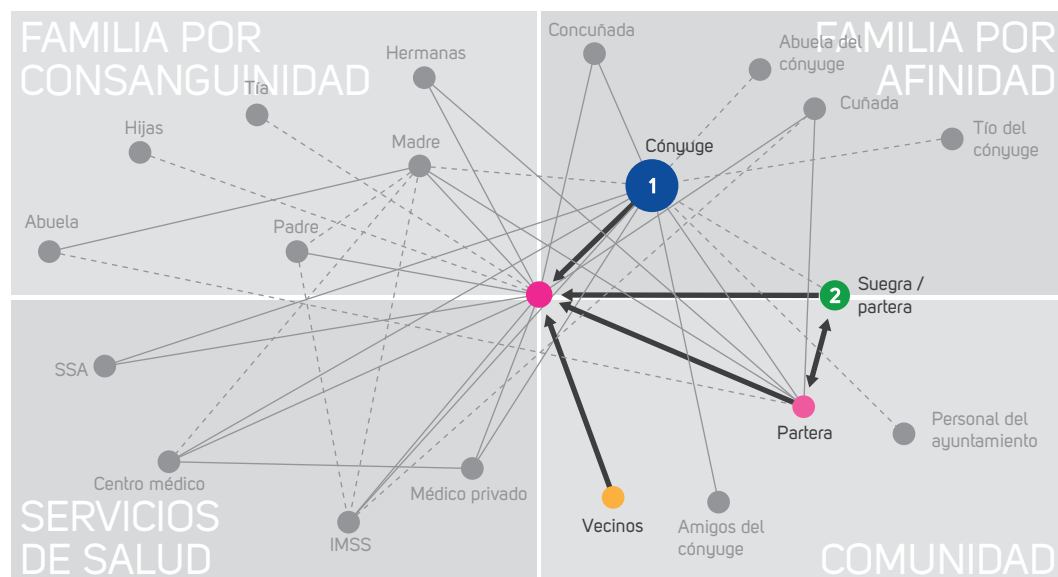
Gráficos 4-9. Redes sociales: Estructura, tamaño y tomadores de decisión en los 5 países⁵⁰

Gráfico 4. Guatemala: primer parto en casa



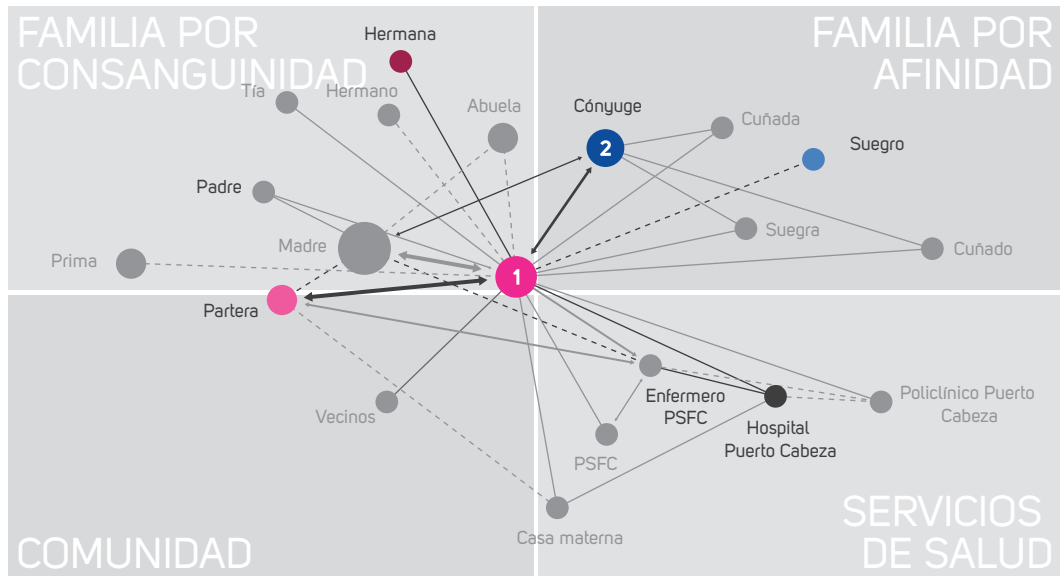
En esta red la suegra (No. 1), con la anuencia del cónyuge (No. 2) de la mujer, decide por un parto en casa con partera/comadrona. Los cuñados y el suegro brindan apoyo durante el parto y la familia de la mujer (familia por consanguinidad) está ausente.

Gráfico 5. Chiapas: primer parto en ES



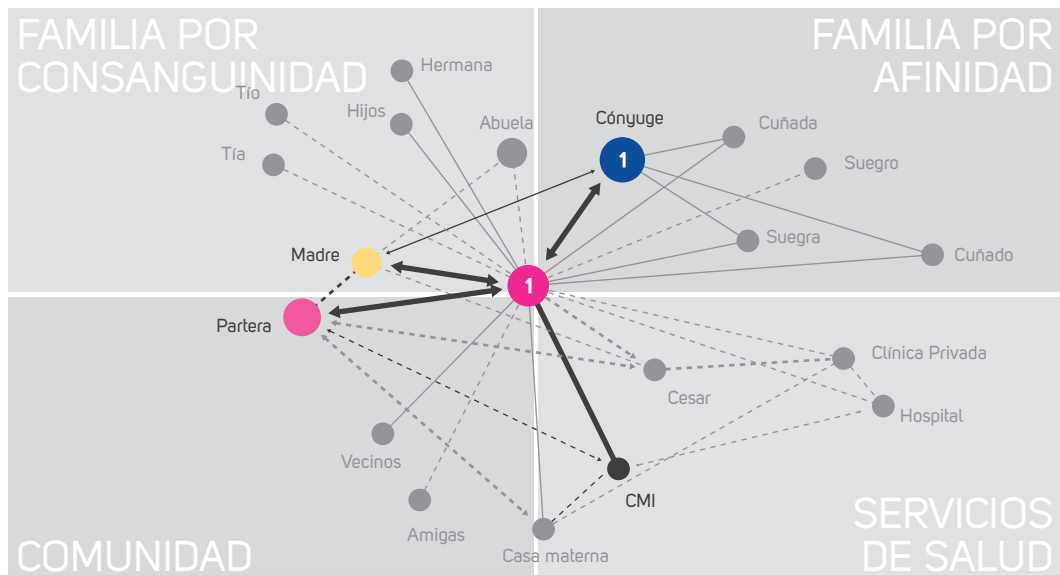
En esta red existen dos parteras —una de ellas, la suegra (efecto que se observa en otros mapas). La mujer prefería el parto institucional, pero la suegra (No. 2) recomienda el parto en casa y el cónyuge (No. 1) es quien decide por un parto en casa con partera.

Gráfico 6. Nicaragua. Comunidades indígenas, último parto en ES



La mujer (No. 1) es quien decide tener un parto institucional y su cónyuge (No. 2) también apoya esta decisión. Pese a ser un parto institucional, la partera es también un actor central por brindar controles durante el embarazo.

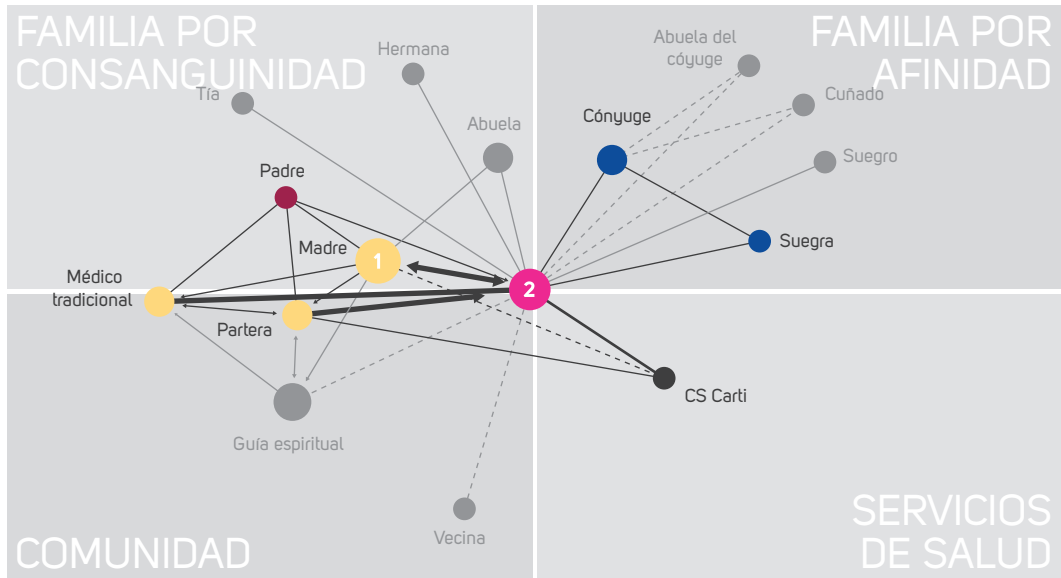
Gráfico 7. Honduras. Comunidades mestizas, primer parto en ES



El cónyuge de la mujer embarazada es el actor central dentro de la red (círculo rojo) como así también un tomador de decisión (No. 1). En esta red la partera y la madre de la mujer son actores importantes (representados en rojo).

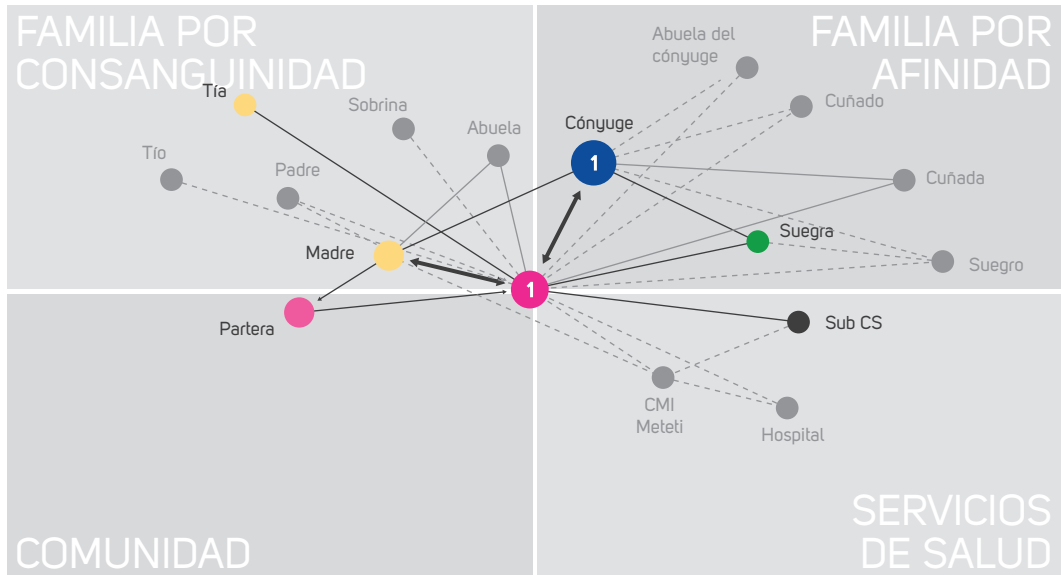
50 Cada gráfico se divide en cuadrantes que representan a los diferentes tipos de actores: i) la familia por consanguinidad, y ii) la familia por afinidad de la mujer embarazada; iii) los servicios de salud, y iv) la comunidad (comadronas, amigos, vecinos, etc.). En el centro de estos gráficos se ubica a la mujer representada por un círculo rojo y alrededor de ella se encuentran los diferentes actores representados por círculos de distintos colores. Los actores de color gris claro (casi transparente) representan a aquellos actores que fueron mencionados pero que no siempre son actores típicos de la red, como por ejemplo, los primos o cuñados. Las rayas sólidas representan interacciones entre dos actores mencionados dos o más veces, y las rayas discontinuas representan interacciones que sólo fueron mencionadas una vez en una de las entrevistas de la comunidad correspondiente. Las flechas corresponden a la dirección de apoyo dentro de las redes. Finalmente, los números dentro de los círculos indican a los tomadores de decisión con respecto al lugar del parto.

Gráfico 8. Panamá. Guna Yala, primer parto en ES



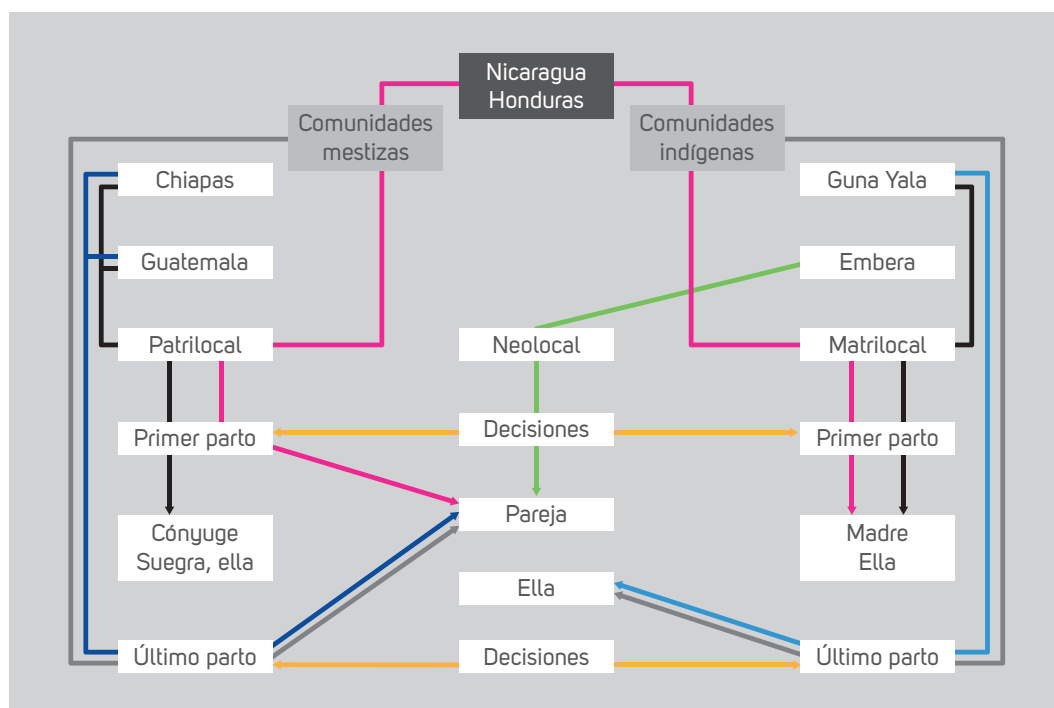
Esta red social es más grande que las redes de los otros países (7 actores). La decisión de tener un parto institucional es de la madre (No. 1) y también es ella el actor más importante dentro de la red por tener varias conexiones con otros actores.

Gráfico 9. Panamá. Embera-Wounaan, primer parto en ES



Las redes de la comarca Embera son más pequeñas que las redes de Guna Yala y existe poca participación de los actores comunitarios. En esta red la decisión de tener un parto institucional es de la pareja (mujer y cónyuge).

Gráfico 10. Esquema de toma de decisiones por país y lugar de residencia



Emergencias obstétricas

Durante una emergencia obstétrica el tamaño y la estructura de la red social cambian, y se observan las siguientes tendencias en todos los países:

La red social aumenta en tamaño y se observan 1-3 actores adicionales

Estos actores tienden a ser miembros pertenecientes a la red personal del cónyuge (con frecuencia otros varones): vecinos, amigos, compañeros de trabajo o familia del cónyuge. El rol principal de estos actores es apoyar en la movilización de la mujer a un ES, ya sea por tener recursos directos (lancha, carro) o por tener vínculos con personas que ofrecen estos recursos. En Nicaragua, los brigadistas de salud y enfermeros de los Puestos de Salud Familiar Comunitarios (PSFC) son actores e influencias poderosas durante las emergencias. Las personas buscan el apoyo de estos actores, ya sea para identificar o confirmar la emergencia y tomar acción, y/o para movilizar a la mujer embarazada.

Hombres como tomadores de decisión

Con excepción de Panamá, los hombres tienen un rol más importante y activo durante una emergen-

cia por ser quienes toman las decisiones financieras relacionadas con los gastos directos e indirectos de la atención de la mujer⁵¹. Existe también una mayor influencia de aquellos actores que poseen conocimientos sobre el parto y quienes tienen vínculos con los servicios de salud. En Chiapas y Honduras, por ejemplo, las parteras tienen la mayor influencia en las decisiones, aunque ellas no son las que deciden y no siempre tienen vínculos con los servicios de salud. En Guatemala, si la partera está presente durante una emergencia obstétrica, es más probable que ella reconozca los signos de alarma y que recomiende acudir a un ES.

El rol de los actores clave y sus vínculos

La familia

La mujer embarazada

Existe una marcada diferencia en el rol de las mujeres embarazadas, el cual se matiza de acuerdo a su edad y número de parto:

51 En Panamá se observó una amplia variabilidad en tomadores de decisión, desde la mujer, el cónyuge, la madre, hasta la partera, la tía, promotores de salud, etc.

Cuadro 5. Ella dice él, él dice ella

Percepciones de género

Las construcciones tradicionales sobre las diferencias de género resaltan al hombre como proveedor de su familia. Al mismo tiempo, se reduce el rol de la mujer a la esfera familiar, enfatizando el imperativo biológico de la reproducción y cuidado de los niños⁵².

Un reflejo de estas construcciones es el rol de los hombres (cónyuges) en las decisiones sobre el parto. Durante un parto normal el rol de los hombres en las decisiones es menos importante y muchas veces marginal al rol de la madre o suegra de la mujer embarazada, y de la misma mujer. Aun así, en Chiapas y Guatemala las mujeres mencionaron que sus cónyuges son quienes toman las decisiones sobre el embarazo y parto. Sin embargo, los hombres aseveran que estas decisiones son “asunto de mujeres”.

En las comunidades Indígenas de Nicaragua y Panamá, los hombres se autoidentifican como tomadores de decisión. Contradictoriamente, en estas mismas comunidades, las mujeres, las parteras y el personal de salud identifican a la propia mujer y su madre como las tomadoras de decisiones sobre el embarazo y parto.

Este escenario muestra una intersección entre el dominio tradicionalmente ‘masculino’ de toma de decisiones y gestión de los recursos y el dominio tradicionalmente ‘femenino’ del embarazo y parto. También ofrece una oportunidad para elaborar estrategias que tomen en cuenta los dominios como punto de partida de facilitar la comunicación y negociación intrafamiliar.

La mujer primípara o joven (menos de 21 años) tiene poco poder de influencia y los miembros claves de su red social toman las decisiones sobre su salud, como es el caso en Chiapas y Guatemala. En Nicaragua, Panamá y Honduras, si bien la mujer, aunque joven, tiene mayor voz en las decisiones, estas no se toman en un contexto autónomo: su red social (madre y/o cónyuge) influye fuertemente en las decisiones sobre el lugar del parto. Los vínculos exógenos a la red familiar que la mujer pueda tener a esta edad tienden a concentrarse en otras mujeres jóvenes quienes tampoco tienen poder de decisión o recursos; por lo tanto, la mujer depende del apoyo y los vínculos de su madre y cónyuge.

La mujer múltipara o mayor de 30 años, tiene mayor experiencia y conocimiento sobre el parto, como así también mayor poder de decisión dentro de su red social. Los vínculos que la mujer crea dentro y fuera de la red social son claves al intercambiar información sobre las experiencias en los centros de salud o sobre recursos en caso de emergencias. No obstante, el apoyo de la red social, particularmente los vínculos de la mujer con su madre o suegra, se reducen con el tiempo, ya sea por fallecimiento o por una residencia neolocal, lo cual la expone a mayores dificultades de acceso a los servicios y demás apoyos domésticos.

El cónyuge

El cónyuge tiene considerable influencia en las decisiones, es tomador de decisiones y tiene un rol

crítico y central durante emergencias obstétricas. No obstante, al igual que la mujer, su rol dentro de la red se matiza de acuerdo a su edad y experiencia. Por lo general, los más jóvenes o padres por primera vez no son tomadores de decisión y los que toman decisiones reciben profundas influencias de sus madres (la suegra de la mujer).

En Chiapas, las relaciones creadas dentro de la familia y la supremacía del hombre como tomador de decisión se traduce en casos donde la mujer debe obtener un permiso explícito del hombre para tener un parto institucional (aunque generalmente no necesita permiso para asistir al CPN). Contradictoriamente, los cónyuges son los miembros de la red social menos informados sobre la salud materna y signos de alarma, lo cual expone a la mujer y al bebé a mayores riesgos.

La madre y suegra

En todas las sociedades tradicionales, los adultos y ancianos son valorados y respetados por sus conocimientos y experiencia. El parto en casa es un momento en que participa la familia directa o indirectamente; por lo tanto, la experiencia de las mujeres adultas constituye el pilar principal de apoyo. En las redes sociales del presente estudio, la experiencia, los consejos y la asesoría sobre el parto y los cuidados del recién nacido convierten a la madre y a la suegra en influencias y tomadoras de decisión. Igualmente, los vínculos de la madre y suegra (los *subalteris* de este *alteri*) reconfiguran

⁵² Guzman Stein, L. Roles sexuales, roles de género y poder. *Instituto Interamericano de Derechos Humanos Programa Mujer y derechos humanos*.

Cuadro 6. Las demoras en la atención materna y las redes sociales

“Empezaron los dolores como a las 4 de la mañana pero a las 6 nos fuimos al hospital. Mi esposo fue a traer el vehículo en el pueblo. Cuando llegué la enfermera me examinó y nos regañaron porque ya tenía dolores y porque no había llegado antes. Me informaron que [como] ya tenía 2 cesáreas también este tenía que ser cesárea” (M-35, Guatemala).

Primera demora Los mensajes sobre los signos de alarma y cuidados durante el embarazo y parto son dirigidos solo a la mujer embarazada y no a su red social. Los acompañantes tienden a no participar y a veces son específicamente excluidos. Por lo tanto, la red social y las personas claves se encuentran desinformadas y desprevenidas durante un parto normal o una emergencia.

Segunda demora El hecho de que varias mujeres tienen partos en casa sin complicaciones crea la percepción de que hay poco riesgo de emergencias obstétricas. Por lo tanto cuando se presentan complicaciones, las mujeres y sus redes sociales no tienen planificada una ruta de acción. Los vínculos personales del cónyuge y los recursos con los cuales estos cuentan (carro, lancha, teléfono, dinero) son claves para superar las barreras económicas y geográficas, siempre y cuando estén listos para actuar en momentos críticos.

Tercera demora Varias personas escucharon que cuando se hacen referencias a centros de salud u hospitales, muchas mujeres embarazadas experimentan retrasos en ser atendidas o perciben ser maltratadas por parte del personal de salud. Asimismo, por los altos costos del transporte y la compleja logística de movilización hacia un ES de segundo o tercer nivel, muchas mujeres van solas, exponiéndose a trasladarse sin el apoyo vital de su red. Estas experiencias, aunque ajenas, se convierten en influencias para que otras mujeres decidan no asistir a los servicios.

la red social de la mujer embarazada. Ellas (en particular, la madre) son quienes en un primer parto identifican y conectan a los actores de la red: ellas recomiendan a cuál partera buscar y también recomiendan (o no) asistencia a los CPN. En Guna Yala, la abuela de la mujer, cuando está presente, cumple el rol central en la red, aunque de una manera simbólica: si bien su opinión es altamente respetada, la madre de la mujer es quien crea y modifica los vínculos en la red.

La comunidad

En la teoría de ARS, se habla de *multiplicidad* cuando los actores tienen diferentes vínculos con el ego, tales como de parentesco, laborales, etc. En este caso, las comunidades permiten el establecimiento de vínculos comunales como así también familiares con la mujer embarazada: el vecino también puede ser el esposo de la hermana y primo del cónyuge, por ejemplo. Esta multiplicidad de roles otorga mayor importancia a los actores. No obstante, el rol que predomina es el familiar.

Personal de salud comunitario⁵³

En este estudio, los brigadistas y líderes de salud de las comunidades mestizas, como los enfermeros auxiliares de los PSFC de las comunidades

indígenas de Nicaragua se destacan por su nivel de penetración en las redes sociales. Durante las entrevistas, ellos fueron mencionados como los actores que más recomiendan la asistencia al CPN y parto institucional. También fueron mencionados como actores claves durante emergencias obstétricas, en especial para realizar referencias a un ES de mayor nivel y para facilitar el transporte de la mujer embarazada (ambulancia o transporte privado). No obstante su rol central, es notable que los enfermeros auxiliares y los brigadistas carezcan de insumos básicos para realizar su trabajo. Por ejemplo, no tienen radios o teléfonos celulares para facilitar la comunicación y tampoco acceso a ambulancias.

“[Aquí] hay apoyo, porque aquí está el brigadista y él nos apoya, nos ayuda. Él consigue el transporte para el traslado y nos acompaña”. (H-22, Nicaragua).

En las redes sociales de Honduras, las monitoras tienen gran influencia en la referencia a los CPN y en el posparto por ofrecer las vacunas para el recién nacido. Sin embargo, tienen menor o ninguna influencia en la referencia o asistencia al parto institucional y las emergencias obstétricas.

53 Las categorías a la cual los actores pertenecen no son exclusivas: en este caso, el personal de salud comunitario puede ser parte de la comunidad como así también de los servicios de salud y de la familia.

Cuadro 7. Vulnerabilidades por la edad

Mujeres jóvenes y primíparas

Al ser, en muchos casos, primíparas de entre 15 y 19 años, ellas y sus familias prefieren el parto institucional por los riesgos que el embarazo adolescente significa. En los subsiguientes partos la tendencia vuelve al parto en casa. Sin embargo, la experiencia e información ofrecida durante un primer parto, sea en casa o en un ES, influye en las decisiones para futuros partos.

Mujeres adultas y múltiparas

Existe una percepción de que las mujeres adultas son menos susceptibles a complicaciones y requieren menos apoyo de su red social por tener mayor experiencia. En realidad, estas mujeres necesitan mayor apoyo con las labores domésticas y cuidado de los niños mayores, y también por su edad, que conlleva a mayor riesgo de complicaciones.

Cuadro 8. Violencia intrafamiliar

En los cinco países estudiados hubo reportes de violencia intrafamiliar (verbal o física), desde Nicaragua con un 13% hasta Chiapas con 36% de las entrevistadas. El presente estudio no profundizó sobre el tema de violencia ni su relación con la mortalidad materna e infantil. Consideramos importante realizar otros estudios de investigación que apunten a entender las relaciones de género en estas comunidades, la violencia intrafamiliar y su efecto en la salud materna, incluyendo la mortalidad materna e infantil.

"En mi primer embarazo tenía 20 años, ese fue el que [mi esposo] se opuso que yo saliera de la

"La violencia intrafamiliar es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza,

"La Sra. era muy débil, me dijo que ella sufría mucho cuando daba a luz, me dijo que ya no quería tener hijos, ya

"Las denuncias de casos de violencia familiar, los casos que recogen las estadísticas, representan tan

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

casa, él no quiso que me sacaran al hospital. No sé, digo yo era tonta, era tímida pues, yo me dejaba manipular por él... él era muy celoso. Cuando a mí me llevaron al hospital yo ya iba con fiebre y dice el doctor que la fiebre que me dio mató al niño". (M-31, Nicaragua)

contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". Organización Mundial de la Salud

tenía 6. Yo le aconsejé entonces que vaya al hospital, que tenga a su hijo ahí para ligarse. Le dije a su esposo tenemos que ir al hospital, pero él no quería. Al final sí fuimos, le sacaron la placenta y la ligaron". (Partera, Chiapas)

sólo una pequeña parte de las verdaderas dimensiones del problema. Un hecho que tradicionalmente se ha descrito mediante una metáfora: el iceberg de la violencia familiar." Fuster, E. Las víctimas invisibles de la violencia.

Actores comunitarios tradicionales

En Guna Yala, Panamá, el guía espiritual, el médico tradicional y la partera cumplen un trabajo compartido en la atención de la mujer embarazada. Las perspectivas y roles de estos actores, en particular del guía espiritual, son altamente valorados y de gran influencia en sus comunidades aunque no participen directamente en las decisiones. No

obstante, sus vínculos con los ES son débiles o inexistentes. Solo las parteras reportaron recibir capacitaciones de los ES y acompañar a las mujeres cuando van al centro de salud (CS) para dar a luz, no así el guía espiritual y médico tradicional.

Líderes comunitarios

En las redes sociales, el poder de los vínculos indi-

rectos puede ser de igual o mayor influencia que los vínculos directos⁵⁴. En Panamá por ejemplo, las jerarquías institucionales así como la organización social y política de la comarca Guna Yala son altamente respetadas en todas las comunidades. El sailla (líder espiritual y político) es la máxima autoridad de cada comunidad y aunque no participa directamente en las decisiones sobre el embarazo y parto, ejerce gran influencia para comunicar su anuencia (o no) con respecto a la utilización de los servicios de salud por parte de los miembros de su comunidad.

Servicios de salud

Existe una amplia variedad en la oferta de servicios de salud evidenciados en las comunidades de este estudio, desde ES con Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) ambulatorio (puestos de salud en Honduras), hasta aquellos con CONE completo⁵⁵ (Centro de salud Materno-Infantil Meteti, Panamá). También se observaron servicios con adecuaciones culturales y otros que ofrecen una atención estrictamente biomédica. No obstante, independientemente de la calidad de la oferta, el personal de salud generalmente tiene un rol marginal en las redes sociales y en las decisiones sobre el lugar del parto.

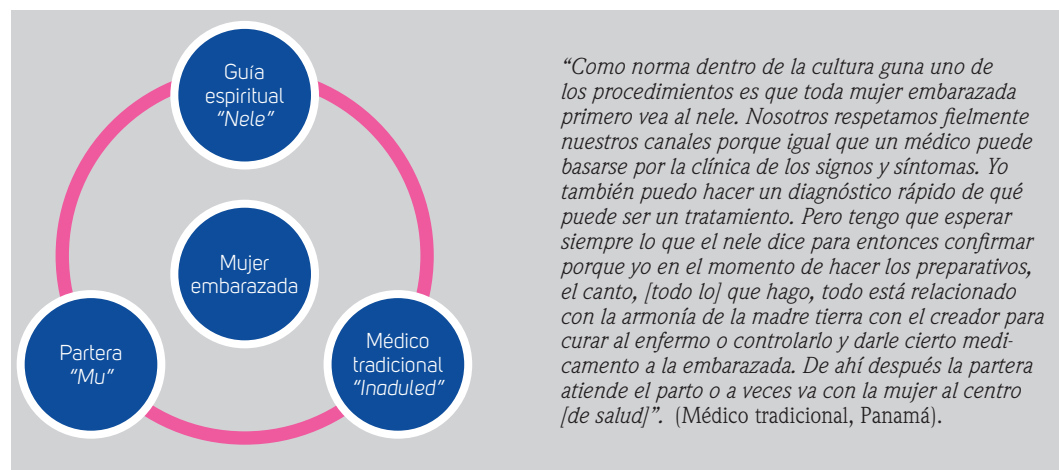
Embarazo y CPN

El personal de salud cumple un rol importante y a veces cierta influencia durante el embarazo, no solo por la provisión del CPN pero también por ser reconocidos como una influencia en la asistencia a estos. Para muchas familias, la asistencia al CPN transmite la seguridad de que el parto será normal y por lo tanto planean los partos en casa. Las transferencias monetarias condicionadas del programa Oportunidades en Chiapas son una influencia central para la asistencia a los CPN⁵⁶, como así también las giras itinerantes en Embera, Panamá. No obstante, se observó poca influencia del Programa Oportunidades en la realización del parto institucional en las comunidades estudiadas.

Parto tradicional e institucional

El parto normal es el momento de quiebre en la búsqueda de servicios y es donde el personal de salud tiene la menor influencia. Dado que el rol del personal de salud es solo de atención del parto institucional, y en las comunidades estudiadas la mayoría de los partos todavía ocurren en casa, se evidencian relaciones asimétricas y desinformación en ambos sentidos. Por un lado, muchas personas sienten una falta de calidez o “buen trato” en los servicios, y hubo casos en Chiapas, Guatemala y Nicaragua donde las personas reportaron sentirse maltratadas por el personal de salud. Por otro lado,

Cuadro 9. Trabajo mancomunado entre el guía espiritual, el médico tradicional y la partera



54 Zuo, X., Blackburn, J., Kortellis, N., et al. 2014. The Power of Indirect Ties. *Social and Information Networks*.

55 La estrategia CONE en sus tres componentes (ambulatorio, básico y completo) promueve las acciones conducentes a la reducción de la muerte materna y neonatal en los tres niveles de atención.

56 “Oportunidades” es un programa de transferencias monetarias condicionadas. A las mujeres embarazadas, beneficiarias del programa, que asisten a los controles prenatales les entregan cada dos meses 240 pesos. También reciben esa cantidad por llevar a sus niños a controles mensuales y a vacunas, y por asistir a capacitaciones.

en la mayoría de los casos existe una limitada comunicación debido a la falta de intérpretes para facilitar la comunicación entre los proveedores y las personas que no hablan español. Asimismo, el personal de salud con frecuencia trabaja horas extensas atendiendo hasta 30 personas o más por día, lo cual limita la calidad de atención que pueden ofrecer.

Emergencias obstétricas

Ante una emergencia todas las familias deciden en algún momento acudir a un ES. En estas

situaciones, el personal de salud asume un rol protagónico y las familias valoran el conocimiento de los médicos y las enfermeras sobre el embarazo y parto, lo cual los convierte en actores centrales, influencias y tomadores de decisión. En la teoría de redes sociales, se podría describir al personal de salud como la red de *asesoramiento*: una red donde los miembros cuentan con un conocimiento técnico⁵⁷. Las personas acceden a estas redes con el objetivo de obtener información específica; el individuo no necesariamente discute otras cuestiones con las personas dentro de dicha red⁵⁸.

Cuadro 10. Parto en casa: una decisión lógica

En casa

“La partera puede venir a la casa”
“La partera nos cobra, pero puedo pagarle a plazos”
“Mi mamá y marido estaban conmigo”
“Mi familia y la partera me ayudan”
“La partera me sobó, me tuvo al bebé y después también me ayudó”

En el centro de salud

“Tengo que ir al centro, y a veces no tienen espacio”
“Los servicios son gratis, pero el carro no”
“Estoy sola en la sala”
“El médico me habla poco y no siempre lo entiendo”
“El médico solo atiende partos, luego es otro médico que tampoco conozco”

En los últimos 10 años se han creado estrategias para reducir las brechas económicas, geográficas y socioculturales en la oferta de servicios: la atención es gratuita en la gran mayoría, y varios ES ofrecen adaptaciones interculturales (como sala para parto vertical). No obstante, las estrategias de mejora de servicios tienden a enfocarse en la calidad técnica (infraestructura, equipamiento, insumos), ignorando la calidez y buen trato humano que las personas buscan. En Guatemala por ejemplo, se han creado centros de salud con salas adaptadas para el parto vertical y baños a vapor (chuj). A pesar de estas mejoras, la demanda de parto institucional sigue siendo baja ya que las personas indígenas de este país reportan fuertes percepciones de maltrato. En Guna Yala, Panamá, no existe ninguna adaptación estructural de las salas, sin embargo, se permite el acompañamiento de un familiar o partera en la sala de partos. En estas comunidades el parto institucional ha aumentado de forma sustancial y hay pocos reportes de maltrato. Asimismo, las percepciones y experiencias de otras personas relacionadas con el parto influyen en la demanda de servicios de salud. Muchas mujeres tienen partos en casa sin complicaciones, lo cual fortalece la percepción del parto como un proceso biológico normal, minimizando la sensación de susceptibilidad y riesgo de las posibles emergencias obstétricas.

Como resultado, para analizar y tomar decisiones complejas, las familias deben considerar los argumentos a favor o en contra de un parto institucional y las experiencias de terceras personas⁵⁹. De esta manera, aunque no lo llaman así, las familias realizan un análisis de costo-beneficio, lo cual resulta en decisiones racionales basadas en su contexto⁶⁰.

Por lo evidenciado en este estudio, las decisiones respecto al lugar del parto pueden modificarse cuando se ofrecen servicios que combinan la capacidad resolutoria de los servicios con un trato amable. Asimismo, el hecho de ofrecer información sobre la importancia de los CPN y particularmente sobre los signos de alarma y severidad de una emergencia obstétrica y neonatal permite a las personas tomar decisiones informadas.

57 Ward, V. 2013. Marco conceptual del análisis de redes sociales. Banco Interamericano de Desarrollo.

58 La familia sería una *red de discusión central* porque en esta se encuentran los individuos con quienes el *ego* (la mujer) trata distintos temas de relevancia y pasa su tiempo libre.

59 Redding, C., Rossi, J., Rossi, S., et al. 2000. *The International Electronic Journal of Health Education*. 3: 180-193.

60 La teoría de la acción razonada postula que las personas toman decisiones basadas en su percepción de la racionalidad de sus acciones.

Capítulo 3

Temas transversales

Reflexiones sobre salud intercultural

“El pueblo que pierde sus tradiciones pierde su alma.” Guna Yala, Panamá.

En 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en coordinación con el Programa Regional de los Pueblos Indígenas del Área de Tecnología, realizó el taller de validación de la guía “una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas”. El objetivo de este taller fue reforzar el enfoque intercultural de la salud en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)⁶¹.

El 7 de septiembre de 2007 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas, lo cual representa un hito histórico⁶². En el artículo 24 de esta declaración se reconoce el derecho de los pueblos indígenas a:

“participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones y el derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental”⁶³.

A pesar de la importancia de estos hitos, existen todavía grandes retos en la provisión de servicios de salud interculturales en comunidades indígenas. Estos retos se manifiestan en la falta de un consenso sobre los objetivos, los alcances y la operatividad de la salud intercultural en los programas.

¿Qué es la interculturalidad?

Existe una abundante y creciente literatura sobre *interculturalidad en salud, salud intercultural, pertinencia cultural*, etc., que brinda varias definiciones sobre el significado y alcance de estos conceptos⁶⁴. No obstante, existe poco consenso sobre qué significado adoptar para que el concepto sobre *salud intercultural* pueda ser analítica y programáticamente útil. La falta de un consenso

61 Organización Panamericana de la Salud. 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas.

62 Del Cid, V. 2008. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en Latinoamérica. *Universidad de las regiones autónomas de la costa caribe Nicaragüense*.

63 Unicef. 2012. Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo.

64 Salaverry, O. 2010. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 27 (1):80-93.

Cuadro 11. Salud intercultural

“Se refiere a las prácticas en salud y los cuidados de salud que forman un puente entre la medicina indígena, la medicina occidental [y sus actores], en donde se consideran ambas como complementarias. Las premisas básicas son el respeto mutuo, reconocimiento mutuo del conocimiento, disposición para interactuar y flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones”. Waters, B. 2011.

provoca que los programas se enfoquen en el *qué hacer* con respecto a la salud intercultural sin definir el *cómo* se implementa este concepto para obtener resultados tangibles. Una de las estrategias en Nicaragua, Guna Yala, Panamá y Honduras, por ejemplo, es la participación y el acompañamiento de la partera (actor de la red social) durante el parto institucional. No obstante, según las entrevistas con parteras y personal de salud, no existe una sistematización sobre qué significa y cómo se implementa este acompañamiento. Asimismo, estos acercamientos son percibidos como unidireccionales, aprovechando la confianza que las personas depositan en las parteras para lograr una mayor utilización de los servicios de salud, más no así para generar un entendimiento mutuo.

“Logros simbólicos y fallas sistemáticas”

A nivel internacional, se reconoce la salud intercultural como una estrategia prometedora para mejorar la salud de los pueblos indígenas. La conferencia magistral sobre la experiencia de la región de Ayacucho en el Perú, por ejemplo, resalta la importancia de la interculturalidad “para mejorar la calidad de atención y adecuación de los servicios de salud materna⁶⁵”. Igualmente, el estudio sobre el programa EXTENSA en Bolivia concluye que la interculturalidad logra “aumentar la confianza de las mujeres indígenas en los proveedores de salud, y mejorar sus comportamientos respecto del cuidado de su salud reproductiva⁶⁶”.

Paralelamente, existen estudios que arrojan resultados ambiguos sobre la salud intercultural y cuestionan la falta de una perspectiva crítica sobre los resultados indirectos de asimilación de los pueblos indígenas a la cultura hegemónica. Campbell, por ejemplo, menciona que el hecho de que el modelo nacional de salud de Nicaragua incluye aproximaciones culturales y éticas en su sistema de salud es un gran logro. Al mismo tiempo critica estas aproximaciones por que en el intento de respetar las

prácticas culturales, estas aproximaciones buscan la transformación de las prácticas tradicionales a prácticas biomédicas percibidas como “avanzadas y científicas”⁶⁷, con un mensaje implícito de la superioridad de las mismas.

A pesar de una creciente demanda para el parto institucional, en Honduras, Nicaragua y Panamá varias personas optan por el parto institucional no por ser más seguro, sino por percibirlo como una imposición de los servicios de salud y un requisito para vacunar a los recién nacidos. En Comitancillo, Guatemala, a pesar de que el Centro de Atención Permanente (CAP) del municipio cuenta con una sala adaptada para la atención de parto vertical y un baño de vapor tipo sauna (*chuj* o temascal), las personas asisten al CAP solo en caso de emergencias obstétricas. Este escenario puede explicarse a que, por un lado, el personal de salud no promociona estas adaptaciones culturales, y como resultado pocas personas buscan usarlos. Por otro lado, la baja demanda de servicios se podría interpretar como el poco entendimiento sobre los riesgos del parto en casa y la poca confianza que existe en los servicios de salud.

“Nadie viene para parto normal; todas vienen porque no pueden resolverlo en casa”. Médico, Guatemala.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Existen varias prácticas sobre salud intercultural ya implementadas en otros países que han comprobado ser altamente rentables. Estas prácticas se basan en la salud como un derecho fundamental que comienza con un buen trato, así como “la aceptación de la cosmovisión indígena en la práctica médica y su posicionamiento en el sistema de salud pública⁶⁸”. Por ende, es imprescindible considerar la dimen-

65 Esquiche, E. 2012. Conferencia Magistral: La experiencia de la región de Ayacucho en el Perú, para la mejora de la calidad de la atención y la adecuación intercultural de los servicios de salud materna. Comité promotor por una Maternidad segura, México.

66 Aizenberg, L. *Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

67 Campbell, S. 2011. *The Intercultural Health Model of the North Autonomous Atlantic Region of Nicaragua: A model based on the rights and cosmovision of Afrodescendants, Indigenous and Mestizo people. A comparative study to enhance health with identity*. Oslo University.

68 Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Cuadro 12. Salud materna y discriminación

“Una señora me dijo que [yo] era una mentirosa porque le dije que le iban a atender bien en el CS, [pero] una doctora la maltrató, la trató mal, y por eso ella no quiso volver. Entonces desde ahí me di cuenta que por ella [la señora] pasó la noticia a las demás y por eso ya no vienen, solo por esa doctora que trató mal a la señora” (Educatora de salud, Guatemala)

“Aparte de ser un problema moral, la exclusión social produce ineficiencias en la economía y en toda la sociedad⁶⁹”. Durante el trabajo de campo de este estudio, varias personas reportaron percepciones de maltrato por parte del personal de salud, con mayor frecuencia en Chiapas y Guatemala. En estos dos países, los contextos históricos nacionales, incluyendo conflictos armados, han producido relaciones de poca confianza entre la población, el estado y los servicios que este ofrece, aumentando las susceptibilidades y percepciones de maltrato. Este escenario ofrece una explicación a la marcada preferencia de los entrevistados en Chiapas por las parteras tradicionales y la desconfianza de las parteras capacitadas por los servicios de salud, y marca la importancia de reconstruir relaciones de confianza mediante una buena atención.

Para entender y eliminar las percepciones de maltrato y discriminación, es importante tomar en cuenta los “factores estructurales e históricos de su conformación, así como sus vínculos con los procesos socioeconómicos y políticos que perpetúan la desigualdad y discriminación en el tiempo”⁷⁰. Los servicios públicos de salud, como extensión del estado al nivel local, tienen el desafío de ayudar a reconstruir una relación de confianza entre el pueblo y sus gobiernos.

sión sociocultural y espiritual de la salud para poder mejorar la salud integral de las mujeres indígenas.

Las simples y buenas prácticas de la oferta de servicios de salud

“Yo voy al centro de salud, entro y veo todo el procedimiento, inclusive me ofrecen alcohol, utensilios de material de uso de parto” (Partera, Panamá).

La OPS/ OMS define como buenas prácticas a los modelos que muestran:

- Eficacia en abordar el problema inicial observado
- Eficiencia y promoción de un uso inteligente de los recursos limitados
- Sostenibilidad de los resultados, generalmente mediante el desarrollo de capacidades
- Adaptabilidad y replicabilidad, de manera que la iniciativa pueda ser compartida con otros que enfrenten retos similares⁷¹.

Igualmente, el libro *Modelos de parto que funcionan* (Birth Models that Work), cita las siguientes

características de buenas prácticas en salud materna:

- Una ideología de atención centrada en la mujer embarazada, conocida como el modelo de atención de partería (*midwifery model of care*).
- Prácticas reflexivas, donde el personal de salud reflexiona sobre sus prácticas y realiza mejoras continuas.
- Apropiación cultural y sensibilidad con las diferencias⁷².

A pesar de las dificultades y barreras estructurales que impiden el uso de los servicios, durante el trabajo de campo de este estudio se identificaron varias iniciativas locales y personales exitosas en aumentar la utilización de servicios. Estas iniciativas (algunas de las cuales se detallan a continuación), aunque no sistematizadas, podrían considerarse modelos de buenas prácticas en la atención materna con posibilidad de ser replicadas por seguir los criterios de la OPS/OMS sobre eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

Acompañamiento de un familiar o de la partera

El modelo de atención del CS Carti en Guna Yala y sub-CS Lajas Blancas en Embera, Panamá, promueve el acompañamiento de la partera o algún familiar de la mujer embarazada. Según el

69 Nopo, H., Chong, A., Moro, A. 2010. *Discrimination in Latin America: An Economic Perspective*. Inter-American Development Bank.

70 Hopenhyan, M., Bello, A., Miranda, F. 2006. *Los pueblos indígenas y afro-descendientes ante el nuevo Milenio*. Naciones Unidas, División de Desarrollo Social.

71 OPS/OMS. Intercambio de Conocimientos para la Salud: Ampliar las soluciones eficaces para mejorar los resultados en materia de salud.

72 Davis-Floyd, R., Barclay, L., Tritten, J., Daviss, B. 2009. *Birth models that work*. University of California Press.

personal de salud, este modelo de acompañamiento en la sala de atención del parto ha comprobado ser una estrategia valorada en las comunidades y ha aumentado los partos institucionales y la satisfacción de los usuarios. Por lo evidenciado, esta estrategia es rentable: no requiere ninguna adaptación infraestructural ni recursos humanos adicionales.

Atención del parto en un ES por la partera

El “parto humanizado” es una estrategia que forma parte del Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFIC) de Nicaragua. En este modelo la mujer embarazada puede decidir tener su parto en un ES con una partera si así lo desea. El médico del ES interviene solo si se presenta alguna complicación.

Vinculación de las parteras con los servicios

En el municipio de Concepción en Intibucá, Honduras, las parteras capacitadas son parte del sistema de cobertura de parto institucional. El personal de salud manda a las parteras a las casas de las mujeres embarazadas para observar la evolución del parto y ellas acompañan a la mujer a los ES para la atención del parto. (Este municipio reporta los porcentajes más bajos de partos en casa en comparación con los otros municipios).

Uso de plantas medicinales y comida “caliente”

El uso de plantas medicinales para aliviar múltiples malestares es una práctica que se encuentra en la mayoría de las comunidades indígenas y rurales del mundo⁷³. Existen pocas investigaciones sistemáticas sobre etnobotánica; sin embargo, existe considerable información anecdótica sobre la eficacia y los efectos positivos de varias plantas de uso medicinal.

- *Tuleina*. Durante los partos, el personal del CS Carti en Panamá permite y promueve el uso de la medicina tradicional llamada *Tuleina*. Esta medicina se basa en la mezcla de plantas consideradas sagradas y se usa para aliviar los dolores de parto.
- Conceptos de *frío* y *caliente*. Según la perspectiva de muchas comunidades indígenas y rurales, el embarazo es un proceso *caliente*. “Durante el parto el cuerpo se abre y se expone al frío, lo cual se piensa que conlleva a todo tipo de problemas para la salud de la mujer. Desde su punto de vista, bañarse con agua fría, estar lejos del fogón y no poder ingerir alimentos o bebidas ‘calientes’ ponen en riesgo su salud, posiblemente tanto como una emergencia obstétrica⁷⁴”. En Nicaragua y Honduras, las personas mencionaron la comida “caliente” de las casas maternas como el motivo central de satisfacción de estos servicios.

“[En el centro de salud] me atendieron bien, pero hacía mucho frío. No nos podemos abrigar ahí. En la casa nos dan agüita de zacate para que el cuerpo se calentara en el momento del parto. Si tuviera otro embarazo prefiero en la casa porque ahí nos cuidan, nos tapamos, en cambio en el CAP hay mucho frío, no nos cubren”. (M-29, Guatemala).

Atención con calidez y respeto

El hospital distrital de San Pedro Necta en Guatemala cuenta con personal médico especializado y una mayor capacidad resolutive de atención del parto pero no cuenta con ninguna adecuación cultural para la atención del parto. No obstante, en la comunidad que usa estos servicios, hubo menos

Cuadro 13. El lugar importa

Los partos en casa, particularmente en Chiapas y Guatemala, requieren la participación de toda la familia y se convierten en una ocasión para que la familia pueda cumplir sus roles tradicionales de familia: el cónyuge sujeta a la mujer, la partera (que muchas veces también es un familiar) soba a la mujer y la madre o suegra son las que reciben al bebé. Al ser comunidades patrilocales, el parto en casa también es una oportunidad para que la mujer se integre a su nueva familia política al establecer vínculos inter-generacionales con la llegada del bebé. Si bien los procesos fisiológicos del parto en casa y en los servicios de salud son similares, su significado social es diferente. El parto en casa prioriza las relaciones familiares, mientras que el parto institucional prioriza al individuo³⁹. El mayor porcentaje de partos institucionales fueron en comunidades de Honduras y Nicaragua donde los servicios de salud incluyen componentes interculturales de participación de la red social en el embarazo y parto (acompañamiento de la madre o partera). A diferencia de ello, en Chiapas y Guatemala, donde la participación de la familia en el parto constituye una norma social de profunda importancia, fueron pocos los servicios que promueven la participación de la familia o la partera en el parto institucional.

73 Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Visitado en: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/intro_atlas.html.

74 Sáenz de Tejada, S. 2009. Consecuencias de la muerte materna. Estudios de caso en Alta Verapaz. Health Policy Initiative.

reportes de maltrato y un número mayor de partos institucionales en comparación con las otras comunidades del estudio. Este Hospital también ofrece una *casa posada*: una vivienda gratuita para aquellos usuarios y sus familias que no tienen un lugar donde quedarse cuando llegan de comunidades más alejadas.

Las parteras: puentes o brechas entre la comunidad y los servicios

“Cuando llevamos a alguien para un parto solo la entramos [a la mujer] y ellos [los médicos] nos sacan de una manera no tan amable. Y es que solo hablan castellano, no entendemos mucho lo que hablan” Partera, Guatemala.

En todos los países, las parteras son, por lo general, mujeres adultas de más de 40 años y monolingües en el idioma local. Empiezan su trabajo siguiendo una tradición cultural y matrilineal: reciben un llamado a la partería a través de los sueños y/o continúan la labor de algún familiar femenino (madre, abuela, tía) que fue partera como en Chiapas, Guatemala y Panamá. En Nicaragua y Honduras, las parteras empiezan la partería al ser elegidas por sus comunidades sin tener necesariamente la tradición cultural o matrilineal.

En Chiapas y Guatemala y algunas comunidades de Honduras y Nicaragua, las parteras ofrecen una atención integral durante el embarazo, parto y puerperio. En Guna Yala (Panamá), las parteras solo ofrecen atención de parto y puerperio, pero no durante el embarazo. En otras comunidades de Honduras, Nicaragua y Panamá, las parteras solo ofrecen masajes del vientre (sobada) durante el embarazo y solo atienden partos eminentes donde la mujer no puede llegar al ES.

Capacitaciones

Las parteras reciben capacitaciones de los servicios de salud sobre diversos temas relacionados con la salud materna: identificación de signos de alarma, atención del parto, atención de emergencias obstétricas y atención del neonato. No obstante, se evidencian varias barreras y poca sistematización en la provisión de estas capacitaciones. En todos los países, la frecuencia de las capacitaciones varía de ninguna capacitación hasta 3 capacitaciones al año, y no existen mecanismos para evaluar la calidad de la capacitación o el aprendizaje de las capacitadas. Igualmente, en Chiapas las capaci-

taciones son en español, pero la mayoría de las parteras no entiende este idioma.

Costos

Existe una amplia variabilidad sobre el costo asociado con el trabajo de las parteras, desde aquellas que realizan un trabajo de voluntariado (Nicaragua) hasta aquellas que llegan a cobrar \$80 por sus servicios (Honduras). En algunas comunidades de Honduras, las parteras también reciben incentivos monetarios por la referencia y acompañamiento de la mujer embarazada para la atención del parto institucional.

Ambigüedad del rol de las parteras

De acuerdo a los testimonios, existen situaciones ambiguas y contradictorias en relación con las prácticas de las parteras y sus vínculos con las familias y con los ES. En Nicaragua y Honduras, el personal de salud señala que el rol de las parteras es de “acompañante” principalmente, y que deben referir a la mujer embarazada a los ES. Se recomienda la atención del parto por parte de las parteras solo en casos donde la mujer no puede llegar a los ES por ser lejanos y porque él bebé está por nacer. De esta manera las parteras pierden su experiencia y conocimiento empírico de atención del parto y al mismo tiempo terminan atendiendo principalmente partos inminentes que podrían resultar en emergencias obstétricas⁶³.

“Las parteras atienden solo en caso de emergencias cuando se estima que la mujer embarazada no puede llegar al establecimiento de salud”. (Personal de salud, Honduras).

En Chiapas, los entrevistados mostraron una marcada preferencia por las parteras tradicionales no capacitadas y desconfianza de las parteras capacitadas por los servicios de salud. En cambio en Guatemala, las capacitaciones son percibidas por la comunidad como una legitimización del rol de las parteras, por lo que las personas buscan los servicios de estas parteras para tener sus partos en casa. Sin embargo, esto no se ha traducido en mayor aceptación de las parteras por parte de los servicios de salud.

En Intibucá, Honduras, las parteras capacitadas son parte del sistema de cobertura de parto institucional. No obstante, en el proceso de profesionalización de parteras se ha creado una división entre las parteras tradicionales y las que reciben capacitación. Las parteras tradicionales ofrecen una atención completa que incluye monitoreo del embarazo, atención del parto y cuidados posnatales, mientras las parteras capacitadas por la Secretaría de Salud (SESAL) solamente acompañan

a la mujer embarazada a los ES. Como resultado, muchas mujeres prefieren seguir recibiendo la atención completa de las parteras tradicionales, en vez de cambiar al sistema de acompañamiento al centro de salud.

Relaciones asimétricas

A pesar de las estrategias para mejorar la vinculación y participación de las parteras en el sistema de salud, se evidencia una gran falta de comunicación y confianza entre parteras y el personal de salud. Por un lado el personal de salud explica que ellos atienden partos que han sido previamente atendidos por las parteras, y encuentran muchas prácticas y/o diagnósticos que se consideran incongruentes. Por ejemplo, en Chiapas, se menciona el uso indiscriminado de oxitocina por parte de las parteras⁷⁵. Las parteras, por su parte, explican que aunque ellas recomiendan el parto institucional, las mujeres y sus familias prefieren el parto en casa, incluso en casos de complicaciones.

“Las pacientes que he atendido saben que si hay complicaciones deben ir al doctor, pero ellas no quieren, prefieren tener el bebé en casa. Las mujeres prefieren estar en su casa con su familia porque en el hospital se quedan solas”. (Partera, Chiapas).

Igualmente, las parteras mencionan maltrato por parte del personal de salud, en muchos casos porque ellos las acusan de no referir a las mujeres embarazadas a tiempo. Según las entrevistas en todos los países, las amenazan con sanciones legales en caso de muertes, situación que genera que las parteras no atiendan a las mujeres embarazadas y que tampoco las acompañen a los ES.

A pesar de que los partos en casa se han reducido sustancialmente, las parteras todavía ocupan una posición respetada en sus comunidades. Ellas son reconocidas por su vocación y dedicación de servicio, y por su experiencia en la atención del parto. En las redes sociales, si bien no son tomadoras de decisión, ellas pueden tener mucha influencia en las decisiones sobre el lugar del parto, y juegan un papel clave en la identificación de complicaciones obstétricas. Ellas tienen el poder de actuar como puentes o brechas entre las familias y los servicios de salud. Por lo evidenciado en este estudio, las estrategias que incluyen a la partera como una aliada de los servicios de salud, con una perspectiva intercultural de respeto, integración y relaciones homologas con el personal de salud son más eficaces en la promoción del parto institucional que aquellas estrategias que excluyen a las parteras o que las involucran de una forma marginal.

Planificación familiar

“En realidad [hay] poca información tanto de [métodos anticonceptivos] tradicionales como modernos. He tenido consulta con familiares, y con mujeres que han tenido varios hijos; ellas tampoco me han podido dar [respuesta]. Han pasado en mi mente de querer utilizar tanto la medicina tradicional como la medicina moderna, inyección u oral, pero consulté con mi mamá y ella no está de acuerdo; me dijo ‘hija mía no piense de esa manera... lo que tienes que hacer [es] tratar de controlar tu cuerpo, debes buscar la forma de control’...” (M-27, Panamá).

Tabla 2. Panamá: Promedio de edad y número de embarazos vs. edad y número de hijos deseados

COMARCA		
Variable	Embera-Wounaan	Guna Yala
Edad en primer parto	16 años*	18 años*
Edad deseada para un primer parto	22 años	24 años
No. de embarazos	6.3	3.7
No. de hijos deseados	3.5	2.5

*Representa la edad más frecuente (moda) no el promedio.

⁷⁵ La oxitocina es una hormona natural fabricada con el propósito de incrementar la fuerza de las contracciones del útero. Se puede utilizar para acelerar el trabajo de parto o después del parto para controlar posibles sangrados.

En los cinco países, las mujeres tienen un promedio de cinco embarazos, con una edad promedio de 19 años para un primer parto. En el presente estudio, se realizaron preguntas sobre planificación familiar (PF) solo en Panamá, Nicaragua y Honduras, y en estos tres países se identificó lo siguiente:

- **Existe una brecha significativa entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.** Si bien la mayoría de las personas respondió conocer uno o más métodos anticonceptivos, en Nicaragua y Honduras solo un 48 y 46% respectivamente reportó usar algún método anticonceptivo. En Panamá, el porcentaje de personas que actualmente usa algún método anticonceptivo (tradicional o moderno) fue 25%, con diferencias marcadas entre comarcas: Embera-Wounaan 21,4% y en Guna Yala 7%.
- **El motivo dominante por el cual las personas deciden planificar y usar métodos anticonceptivos es el factor económico:** el desempleo o subempleo y la dificultad de proveer y cubrir las necesidades de sus familias. Fueron pocos los entrevistados que mencionaron el espaciamiento de embarazos y la salud de la mujer o de los niños como factores importantes para planificar.

“Él [mi esposo] me dijo ‘usted se me va a aliviar en el hospital y se me va a operar, ya más hijos no, porque nosotros somos pobres y ya es demasiado’”. (M-41, Nicaragua).

- **Los métodos anticonceptivos más utilizados son los métodos modernos** en particular la inyección hormonal trimestral⁷⁶ (a excepción de la comarca Guna Yala donde no se reportó usar métodos anticonceptivos modernos). No obstante, las personas tienen poca información correcta sobre los posibles efectos secundarios de los métodos modernos y tienen más experiencias ambiguas. Algunos entrevistados reportaron estar satisfechos, mientras otros reportaron efectos secundarios no previstos y percepciones de mayor riesgo en su salud al crear, por ejemplo, que la inyección trimestral o las pastillas hormonales provocan cáncer. Como resultado, las personas se sienten altamente vulnerables a estos efectos. Los beneficios percibidos de usar la inyección son mínimos en compar-

ación con las desventajas percibidas; por lo tanto las personas dejan de usar los métodos y promueven el no uso de estos.

“Sí, ella tomó pastilla, pero después de eso le cayó mal; los doctores dijeron que ella tuvo una enfermedad, que lo que había tomado era lo que le estaba haciendo daño, le estaba dando cáncer; entonces ella dejó de tomar”. (H-35, Panamá).

- **Fuentes de información.** La mayoría de las personas recibe información sobre PF mediante las charlas locales ofrecidas por asistentes y promotores de salud, las giras itinerantes y la información directa que las personas reciben de los ES.

“En ese tiempo yo que pensaba que no podía ir al hospital y hacerme... como se llama, planificarme. Pero fíjese que en ese tiempo casi no había talleres de capacitación para uno aprender cómo controlarse. [Ahora] aquí vienen a capacitar, entonces ahora sí tenemos la capacidad de todos pensar: mira que tengo que planificar”. (M-28, Tuapi, Nicaragua).

En Lajas Blancas y El Salto, Panamá, resalta la escuela como un centro de información, particularmente para las personas menores de 18 años, “[los] médicos vienen a dar charlas en la escuela”. En Honduras, el 40% de los entrevistados también reportó escuchar información sobre PF por los medios de comunicación, como la radio y la televisión. No obstante, estos medios parecen difundir mensajes ambiguos a favor y en contra del uso de métodos anticonceptivos. Dos personas entrevistadas en Honduras mencionaron un programa radial donde un médico hablaba de los efectos negativos de los métodos modernos.

“Usar mucha inyección afecta a la mujer. A mí me gusta escuchar un programa que sale ahí [en la radio] de un doctor que dice que las inyecciones son malas. Porque, cuando ya la mujer deja de ponerse inyecciones y trata de salirse embarazada otra vez, lo que hace la mujer es secarse de leche, y no puede mantener al bebé... Ese programa pasa por la radio, me gusta escucharlo siempre, ahí dan consejos a veces... yo solo he oído de la inyección que dicen que es peligrosa”. (M-38, La Paz, Honduras).

76 Este hallazgo concuerda con otros estudios que indican que en las áreas rurales, los métodos anticonceptivos modernos tiene mayor preferencia que los métodos tradicionales.

- **La iglesia y sus distintas denominaciones tiene una gran influencia** en el uso o no de métodos anticonceptivos. Los líderes religiosos son miembros activos en sus comunidades, por lo tanto tienen vínculos profundos con las familias dentro y fuera del contexto religioso. En la comarca Guna Yala, la religión tradicional guna establece que sus deidades (Pab y Nana) crearon a la mujer para reproducirse y tener hijos, por lo tanto existe un gran estigma sobre la planificación familiar. En las comunidades indígenas de Nicaragua y Honduras, los entrevistados mencionaron que los líderes religiosos, por lo general evangélicos, incluyen en sus sermones argumentos en contra del uso de cualquier método anticonceptivo y esto influye en las decisiones para no planificar. Paralelamente, algunos entrevistados mencionaron que los líderes religiosos, particularmente católicos, algunas veces mencionan las dificultades económicas y por tanto recomiendan a las personas “no tener muchos [hijos]”.

“Me he informado por parte de la iglesia católica, nos dieron las charlas [sobre] lo importante que son los métodos. Nos dijeron que [el método] natural es mejor... [los otros métodos] a veces causan problemas en la mujer”. (M-40, Honduras).

“En la iglesia ha habido cambios de pastores. Algunos pastores están de acuerdo [con la PF], pero otros no. Otros han dicho que la planificación es mala porque todos los niños que vienen son la voluntad de Dios; entonces cuando uno quiere un niño, hay que pedir a Dios y se lo va a conceder. Pero la planificación familiar es mala, yo estoy de acuerdo con esto. Dios da, entonces Dios también puede hacer que yo ya no tenga más [hijos]”. (M-25 Ninayari, Nicaragua).

La salud sexual y reproductiva es una estrategia clave en la salud materna porque tiene el potencial de prevenir embarazos no deseados y/o de alto riesgo⁷⁷ tal como establece la OMS:

“La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros,

eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos”. (Organización Mundial de la Salud).

A pesar de su importancia, existen varias deficiencias no solo en el abastecimiento de métodos anticonceptivos, sino también en modelos de consejería que promuevan conductas y percepciones saludables. Por parte de la oferta, los servicios de salud promueven la planificación familiar (PF) pero no dentro de una estrategia holística sobre salud sexual y reproductiva de las personas. Este énfasis en promoción de la PF vs. promoción de la salud sexual y reproductiva no es relevante para las personas jóvenes y solteras, quienes suelen ser sexualmente activas pero que no piensan en planificar una familia. Se evidencia también que los servicios de salud no promocionan todos los métodos por igual, en parte por la falta de abastecimiento de algunos métodos y por no contar con un modelo adecuado de consejería. Además existe una tendencia de difundir información sobre los métodos que afectan directamente a la mujer (pastillas, inyecciones y en menor cantidad el Dispositivo Intrauterino (DIU) y ligadura de trompas) mientras que el uso del condón es el único método que se promueve para los hombres (solo en Honduras se observó promoción de la vasectomía).

Por parte de la demanda, como se evidencia en los párrafos anteriores, el problema no es la falta de información sino la información incompleta o equivocada que produce percepciones erróneas sobre los efectos de los métodos anticonceptivos, en especial los modernos. Desde el análisis de redes sociales, las malas experiencias con los métodos se difunden entre las personas y sus redes, y se convierten en motivos e influencias fuertes para el no uso. La mayoría de las personas entrevistadas no reportó experiencias propias, sino experiencias malas de terceros y por eso decidieron no usar o dejar de usar los métodos. Este escenario pone en evidencia la importancia de mejorar los programas de salud sexual y reproductiva, incluyendo los aspectos de información, consejería y planificación familiar. En particular, se debe considerar los requerimientos diferenciados según la edad de los potenciales usuarios.

Los agentes comunitarios como brigadistas y promotores de salud fueron mencionados como los

77 Yinger, N. 2007. Women Deliver: Las mujeres dan vida. *Family Care International*. London, UK.



principales canales de transmisión de información sobre PF. Será entonces importante mejorar las capacitaciones y destrezas de estos actores, y asegurar que los mensajes sean respaldados por los propios servicios de salud y otros medios, tales como radio, televisión, el sector educativo y otros.

En la comarca Guna Yala, el tema de la PF presenta ambigüedades y contradicciones. Durante las entrevistas se identificó lagunas de información en las respuestas de los participantes. Por ejemplo, la mayoría de entrevistados reportó poco o ningún conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, particularmente los métodos modernos.

Paralelamente, se observó un espaciamiento de embarazos entre 2 a 5 años y también postergación de la maternidad en las mujeres casadas/unidas. Varias entrevistadas reportaron tener su primer hijo después de 2 a 4 años de empezar una vida conyugal. La provisión de respuestas socialmente aceptables y a veces contradictorias, apunta a la hipótesis de que el tema de la PF es un tabú. Se considera que, para conseguir información más fidedigna sobre este tema sensible en estas comunidades se necesitan técnicas de investigación que permitan establecer vínculos de confianza entre el investigador y el participante que resulten en estrategias sensibles al contexto cultural local.

Referencias bibliográficas

- Aizenberg, L. *Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Berry, N. 2010. Unsafe Motherhood: Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in post-war Guatemala.
- Blazquez Rodríguez, M. 2005. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. *Revista de Antropología iberoamericana* (42).
- Campbell, S. 2011. *The Intercultural Health Model of the North Autonomous Atlantic Region of Nicaragua: A model based on the rights and cosmovision of Afrodescendants, Indigenous and Mestizos people. A comparative study to enhance health with identity*. Oslo University.
- Condori Ingaroca, L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitan. Capítulo II: Marco Teórico Referencial.
- Davis-Floyd, R., Barclay, L., Tritten, J., Daviss, B. 2009. Birth models that work. University of California Press. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana.
- Del Cid, V. 2008. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en Latinoamérica. *Universidad de las regiones autónomas de la costa caribe nicaragüense*.
- Díaz, M., Vila, I. La educación primacia de la familia mediatizada por las instituciones educativas. UNAM.
- Elena Esquiche León. Care Peru. 2012. 5 Reunión Técnica del Comité Promotor por una Maternidad segura en México.
- Esquiche, E. (2012). Conferencia Magistral: La experiencia de la región de Ayacucho en el Perú, para la mejora de la calidad de la atención y la adecuación intercultural de los servicios de salud materna. Comité promotor por una Maternidad segura, Mexico.
- Guzman Stein, L. Roles sexuales, roles de género y poder. *Instituto Interamericano de derechos humanos. Programa Mujer y derechos humanos*.
- Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del BID. *Banco Interamericano de Desarrollo*.
- Los pueblos indígenas y afro-descendientes ante el nuevo Milenio*. Naciones Unidas, División de Desarrollo Social.
- Nopo, H., Chong, A., Moro, A. 2010. *Discrimination in Latin America: An Economic Perspective*. Inter-American Development Bank.
- Hopenhyan, M., Bello, A., Miranda, F. 2006.
- OPS/OMS. Intercambio de Conocimientos para la Salud: Ampliar las soluciones eficaces para mejorar los resultados en materia de salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas.
- Redding, C., et al. 2000. *The International Electronic Journal of Health Education*. 3: 180-193.
- Sáenz de Tejada, S. 2009. Consecuencias de la muerte materna. Estudios de caso en Alta Verapaz. Health Policy Initiative.
- Salaverry, O. 2010. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 27 (1):80-93.
- Sargent, c. 2014. encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. *Springer reference*.
- Unicef. 2012. Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo.
- Ward, V. 2013. Marco conceptual del análisis de redes sociales. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Yinger, N. 2007. Women Deliver: Las mujeres dan vida. *Family Care International*. London, UK.
- Sargent, c. 2014. encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. *Springer reference*.
- Zuo, X., Blackburn, J., Kortellis, N., et al. 2014. The Power of Indirect Ties. *Social and Information Networks*.



SECCIÓN III

Estudios de caso

La siguiente sección presenta los estudios de caso realizado en cinco países de Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Nicaragua, Panamá y Honduras. Cada estudio de caso presenta la situación particular de cada país, así como un análisis de los hallazgos correspondientes. Se presentan datos con respecto a la estructura de las redes sociales, los tomadores de decisión y las personas con influencia.

Capítulo 4

Chiapas México

Resumen ejecutivo

En las últimas dos décadas, Chiapas ha mostrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna. De 1990 a 2010, la mortalidad materna disminuyó de 87,3 a 60,6 por 100.000 nacidos vivos⁷⁸. Estas mejoras se han producido, entre otras razones, debido al aumento del gasto público en salud, una mejor oferta de servicios de salud a través del mejoramiento de la infraestructura, los insumos, una mayor disponibilidad de recursos humanos y la creación de un mayor número de establecimientos de salud del primer nivel de atención⁷⁹. Sin embargo, en las poblaciones indígenas se evidencian los peores indicadores de mortalidad materna y neonatal. Las madres en Chiapas tienen una probabilidad de morir 70% mayor que el promedio nacional⁸⁰.

Resultados

Se entrevistó a 77 personas —mujeres, hombres, parteras y personal de salud— en los municipios de Sabanilla, Chilón y San Juan de Chamula.

Los hallazgos principales del estudio demuestran que el actor más importante en la toma de decisión durante partos normales y en casos de emergencias obstétricas es el cónyuge de la mujer embarazada. También tienen influencia las suegras, las madres y a veces las mujeres mismas. Aunque muchas mujeres acuden a los CPN durante el embarazo, el personal de salud no tiene influencia en las decisiones sobre el lugar del parto. Las decisiones sobre el embarazo y parto se toman dentro de la familia, con el apoyo y consejo de la partera, otros miembros de las familias, amigos, y en pocos casos, algún actor dentro del sistema de salud. También se observó que las redes sociales de la mujer embarazada son relativamente pequeñas (promedio de cuatro personas), incluyen casi exclusivamente a miembros de la familia de la mujer embarazada y disminuyen en tamaño después del primer parto.

El análisis de redes sociales (ARS) en el municipio de San Juan de Chamula muestra a la suegra y al cónyuge de la mujer como los actores de mayor influencia en la toma de decisiones sobre el lugar del parto. En este municipio también se observó una preferencia más alta de partos en casa (>50%)

78 Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas sobre la base de certificados de defunción del IS.

79 En los últimos 10 años el gasto per cápita en salud se ha duplicado, pero Chiapas se encuentra entre los Estados con gasto per cápita más bajos a nivel de entidad federal.

80 Instituto de Salud, Estado de Chiapas, México. 2011.

y en promedio, el número más alto de actores durante el parto (promedio=5,6, rango: 3-10) entre los tres municipios estudiados. En Chilón, y aún más en Sabanilla, la mujer tiene mayor autonomía, compartiendo con más frecuencia la toma de decisión con su cónyuge. Los factores que afectan las decisiones sobre el lugar del parto incluyeron prácticas tradicionales, percepciones del trato que las pacientes reciben en los establecimientos de salud, el nivel de confianza hacia las parteras y los costos comparativos entre un parto en casa y un parto en el establecimiento de salud.

Antecedentes

En Chiapas, el aumento de la oferta de los servicios de salud materno-infantil ha tenido una influencia relativamente positiva en la utilización de los mismos. De acuerdo al Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), en 2006 el 43% de los partos en Chiapas fueron atendidos en establecimientos de salud. En 2012, el 78% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud. No obstante, la atención de partos institucionales es aún baja para las mujeres indígenas. Solo un tercio de los partos atendidos en ES son de mujeres indígenas, y del total de partos institucionales, se estima que más del 50% llegan a los hospitales en situación de emergencia⁸¹.

La revisión de literatura, con enfoque en la mortalidad materna de las tres etnias prevalentes en los municipios priorizados de SM2015 (Tsotsil, Tzeltal y Ch'ol), encontró que la oferta de servicios de salud era solo uno de los muchos factores que afectan la demanda de servicios. Entre otros factores se incluye la asistencia al CPN por ejemplo, que puede crear la confianza en que todo está bien con el embarazo, influyendo en la decisión de tener el parto en domicilio. Por otro lado la confianza que las personas tienen hacia los ES y la estructura del poder familiar, entre otros también afectan estas decisiones^{82,83}. Un estudio encontró

que gran parte de los pobladores de Chiapas no saben cómo identificar las señales de emergencias obstétricas. En entrevistas con mujeres que fueron trasladadas a un ES por emergencias obstétricas, solo el 4% conocía la razón de su traslado o cesárea⁸⁴.

El estudio de barreras demanda la utilización de los servicios de salud realizado en las regiones Altos Tzeltal-Tsotsil y Tujila Tzeltal-Ch'ol de Chiapas en 2011⁸⁵, concluyó que pese a que los servicios de salud están geográficamente más cercanos a las comunidades y la atención de salud es gratuita y/o cubierta por el programa de transferencias condicionadas⁸⁶, persisten otras barreras que influyen en la utilización de los servicios. Siguen influyendo barreras tales como la falta de pertinencia cultural de los servicios de salud, percepciones de mal trato, la baja calidad de los servicios, el efecto de organización limitada entre el programa Oportunidades, el Seguro Popular y las afiliaciones políticas y religiosas. Este estudio concluyó que “la mujer tiene poco poder de decisión sobre su salud reproductiva” y sostiene que la decisión de optar por un parto institucional es un proceso de decisión múltiple donde “interviene la partera, el esposo, los padres y suegros de la mujer embarazada”.

Freyermuth (2003) y Tuñón (1999) reportan que el hecho de recurrir a un ES depende de las relaciones interétnicas, genéricas e intergeneracionales que ocurren en el interior de la familia y de la comunidad⁸⁷. En el caso de las mujeres más jóvenes, son las personas adultas y los esposos quienes deciden por ellas con respecto a dónde deben tener su parto. Las mujeres adultas tienen más capacidad de decidir por ellas mismas. Es en el matrimonio que se redefine la posición de la mujer en su familia de origen y se consolidan sus redes de apoyo, lo cual determina el proceso de la toma de decisión en caso de emergencias obstétricas^{88,89}. Las parteras raramente se mencionan en estos estudios. Jiménez (1999) concluye que los mensajes y también las acciones del sistema de salud pública

81 Cálculos propios del BID sobre la base de la ESANUT 2006.

82 Tuñón P., E. (1999). Género y Salud en el Sureste de México. Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Talleres de Arte y Tipografía por Computación.

83 Freyermuth, G., Sesia, P. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias para una maternidad segura. CIESAS, Papeles de la Casa Chata, Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, Mujeres y hombres en el siglo XXI.

84 Freyermuth, G. y otros (2006). Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. *Perinatol Reprod Hum*, vol. 20, pp. 60-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v20n4/v20n4a3.pdf>.

85 Nazar Beutelspacher, A. (2011). Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México, 2011.

86 El programa Oportunidades, que proporciona transferencias condicionadas de efectivo en Chiapas, tiene como una de sus condiciones las visitas a control prenatal de las embarazadas en un establecimiento de salud.

87 Freyermuth Enciso, G. (2003). Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Instituto Nacional de las Mujeres, Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas.

88 Freyermuth, G. y De la Torre, C. (2004). La mortalidad materna en México: Los programas de ampliación de cobertura y arranque parejo en la vida en Los Altos de Chiapas. Sin Serif Editores.

89 Freyermuth Enciso, G. (2010). Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas, Documento de Trabajo 2010/1, PNUD.

tendrían que dirigirse e incluir a quienes toman la decisión durante las emergencias obstétricas en las comunidades indígenas y contar con mejor adaptación cultural⁹⁰.

Características de los municipios del estudio

Los tres municipios donde se realizó el presente estudio sobre redes sociales pertenecen a dos regiones de Chiapas. En la Región XIV Tulijá Tseltal Ch'ol, se eligieron dos de los siete municipios que comprenden la región: Sabanilla, con población predominantemente ch'ol, y Chilón, con población predominantemente tseltal. En la Región V-Altos Tsotsil-Tseltal se eligió el municipio de San Juan de Chamula con población predominantemente tsotsil (Mapa 1).

Los tres municipios del estudio cuentan con ES de Nivel I pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicio Social

para los Trabajadores del Estado, entre otros. El IMSS provee atención a mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades, que consiste en transferencias monetarias condicionadas. Sin embargo, la mayoría de la población campesina e indígena no es beneficiaria de estos programas y depende directamente de los servicios de la SSA. Otros resuelven su necesidad de atención a través de consultorios privados, médicos tradicionales y/o parteras.

Características de los participantes del estudio

Se entrevistó a 38 mujeres, 15 hombres, 19 parteras y 5 proveedores de servicios de salud en los tres municipios de San Juan de Chamula, Chilón y Sabanilla (Tabla 3). Las entrevistas con las mujeres se usaron como base para la elaboración de los mapas de redes sociales, mientras que las entrevistas con los hombres, las parteras y los proveedores de servicios de salud –los actores– sirvieron para completar y triangular la información de los mapas.

Cuadro 14. Descripción de los municipios

SABANILLA*	CHILÓN*	SAN JUAN CHAMULA*
Se ubica en la parte norte de Chiapas y cuenta con una población total de 21.119 habitantes, cubriendo un área de 174,4 km ² . El 78,3% de su población es indígena, de la cual el 70% habla la lengua maya ch'ol y aproximadamente un 20% de los habitantes sólo hablan ch'ol. El resto de la población se divide entre personas mestizas y personas hablantes de los idiomas Tseltal y Tsotsil. El 94,4% de la población vive en pobreza y 66,3% vive en pobreza extrema.	Originalmente conocido como Chilotuta, Chilón fue fundado como departamento en 1858. Actualmente Chilón está compuesto por dos localidades urbanas y por 487 localidades rurales. En este municipio viven 111.554 personas y su extensión territorial es de 2.490 km ² . El 96,4% de su población es indígena y el 34% es monolingüe en la lengua maya Tseltal. El 95,3% de la población vive en pobreza y 70,6% vive en pobreza extrema.	San Juan de Chamula tiene una población de 76.941 extendiéndose por 144 localidades y un terreno de 84 km ² . Sus principales actividades económicas son el comercio, la floricultura, las artesanías y remesas ⁹¹ . El 99,5% de su población es indígena, el 98% es indígena Tsotsil, y el 47% es monolingüe. El 94,8% de la población vive en pobreza y 69,7% vive en pobreza extrema.
SERVICIOS DE SALUD**		
Cinco unidades del IMSS, cuatro centros de salud microrregionales (uno en cabecera y los otros tres en localidades), dos casas de salud y dos caravanas móviles. El traslado a un establecimiento de salud de segundo o de tercer nivel toma como mínimo cinco horas.	Hay 37 centros de salud (uno en cabecera y el resto en localidades), un Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) en la cabecera municipal y dos unidades móviles. Existe una Casa Materna a punto de ser inaugurada en 2013, junto al CESSA.	Hay 13 unidades del IMSS, 11 de la SSA, dos unidades móviles, cuatro casas de salud y un Hospital Comunitario (Nivel II). San Juan de Chamula se encuentra geográficamente cerca de hospitales de tercer nivel en San Cristóbal de las Casas (15 minutos en transporte terrestre).

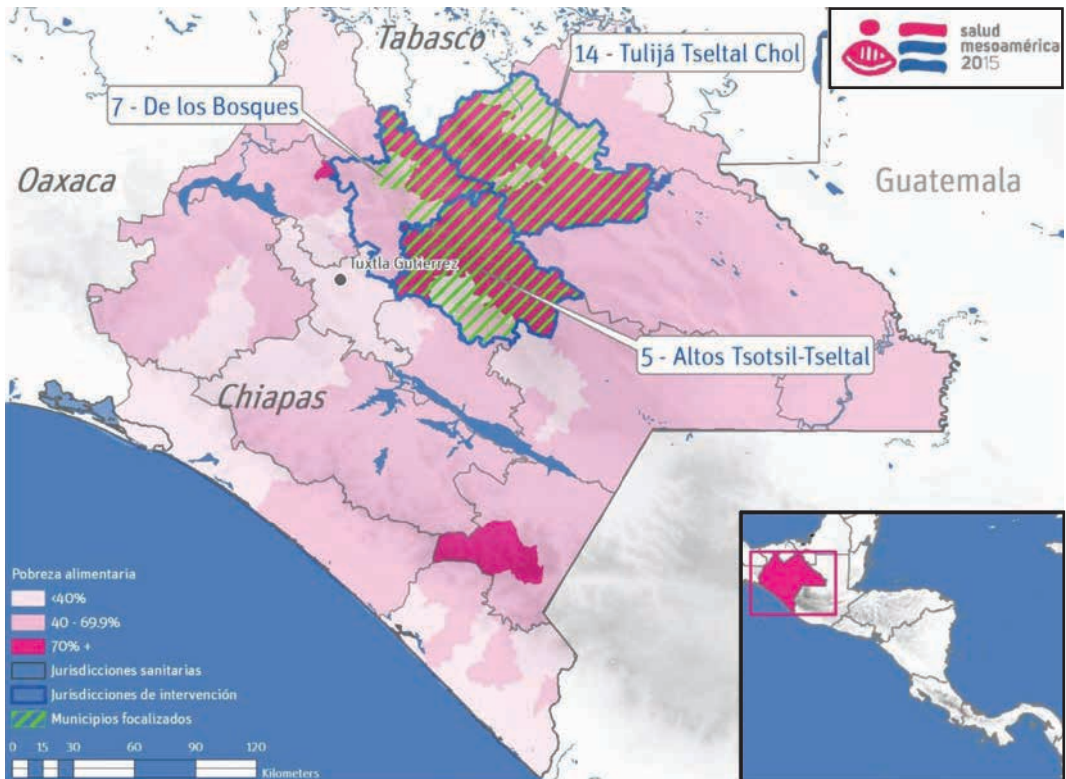
*Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y Vivienda 2010: Principales resultados por localidad (ITER). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est.

**Personal de Salud, Sabanilla, Chilón y Chamula. Información obtenida mediante entrevistas con el personal de salud, parte del presente estudio. Junio, 2012.

90 Jiménez C. V. y otros (1999). La muerte materna en Tenejapa, Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas.

91 Gobierno del Estado de Chiapas, Administración 2012-2018. Municipio: Chamula. Disponible en: <http://www.chiapas.gob.mx/municipio/chamula>.

Mapa 1. Localización de los estudios de caso en Chiapas



La edad promedio fue de 30,6 años con un rango de entre 16 y 62 años de edad. La mayoría (63,5%) tienen menos de 7 años de escolaridad y casi todos estaban casados o en unión libre (92,3%) en el momento de las entrevistas. En Chiapas, hablar un idioma indígena está asociado con la pertenencia a uno de los grupos de etnias indígenas. Los datos reflejan una alta prevalencia de comunidades indígenas ya que, en su mayoría, las mujeres y los hombres hablaban sólo el idioma indígena local o eran bilingües (también hablaban el español) (82,7%).

La edad promedio del primer parto fue de 18,9 años, y aproximadamente un cuarto de las mujeres dieron a luz antes de cumplir los 17 años. En promedio, las mujeres y los hombres entrevistados tuvieron 3,3 embarazos y 3,1 hijos vivos. Un alto porcentaje (74,5%) reportó que las mujeres embarazadas asistieron al CPN por lo menos durante uno de sus embarazos. Un 63,5% de las mujeres han tenido más de la mitad de sus partos en casa, con gran variación entre los municipios.

Descripción de las redes sociales por municipio

Sabanilla

En el gráfico 11 se encuentra la red general del primer parto de Sabanilla. La red general representa la agregación de todos los mapas que se obtuvieron con las mujeres. En esta figura se encuentran todos los actores mencionados como parte de la red social durante el primer parto y sus correspondientes vínculos, tal como fueron identificados en las entrevistas. En Sabanilla se identificó un total de 20 actores en las redes sociales durante las entrevistas con los participantes. El cónyuge fue el actor más influyente en la toma de decisión del primer parto y la suegra tomó el segundo lugar de influencia.

En el gráfico 12 se encuentra el ejemplo de una red social tal como fue mapeada basada en una entrevista a una mujer. Esta red cuenta con cuatro actores: cónyuge, suegra/partera, partera, y vecino –de todos los posibles actores en Sabanilla. En este caso hubo dos parteras, y una de ellas fue la suegra. Este efecto también se observó en muchos otros

Tabla 3. Descripción demográfica y características de los participantes por municipio

VARIABLE	SAN JUAN DE CHAMULA	CHILÓN	SABANILLA	TOTAL
Sexo:				
No. de mujeres	13	12	13	38
No. de hombres	6	7	2	15
Subtotal	19	19	15	53
Edad, \bar{x} (rango)	26,0 (20-37)	30,8 (16-44)	36,7 (19-62)	30,6 (16-62)
<7 años de educación	13/19	13/19	7/14	63,5%
Casada(o) o en unión libre	18/19	18/19	12/14	92,3%
Monolingüe o bilingüe*	19/19	15/19	9/14	82,7%
Edad en el 1er parto, \bar{x} (rango) -solo mujeres-	18,6 (15-22)	20,4 (13-36)	17,7 (13-27)	18,9 (13-36)
VARIABLE	SAN JUAN DE CHAMULA	CHILÓN	SABANILLA	TOTAL
No. de embarazos, \bar{x} (rango)	2,4 (1-6)	3,8 (1-9)	3,9 (1-11)	3,3 (1-11)
No. de hijos vivos, \bar{x} (rango)	2,3 (1-6)	3,5 (0-8)	3,6 (1-10)	3,1 (0-10)
Asistió a controles prenatales en centro de salud	15/19	14/19	9/13	74,5%
>50% de partos en casa	14/19	13/19	6/14	63,5%
Violencia doméstica -solo mujeres-	3/12	7/12	3/12	36,1%

Otros actores frecuentes en las redes sociales

	PARTICIPANTES (N)	PROMEDIO DE AÑOS DE EXPERIENCIA (\bar{x})	PARTERAS CAPACITADAS
Parteras	19	32,58 (rango: 3-56)	68%
Proveedores de servicios de salud	5	10,75 (rango: 0,25-20)	-

Número total de participantes: 77

*Monolingüe se refiere a participantes quienes sólo hablaban la lengua indígena local (tsotsil, tseltal o ch'ol) y bilingüe se refiere a los que hablaban esta lengua indígena y el idioma español.

mapas donde un(a) miembro/a de la familia del cónyuge o de la mujer toma el rol de la partera por necesidad, tradición, o porque ya tiene experiencia. La suegra recomienda los controles prenatales y el parto con partera, pero la mujer prefiere usar los servicios de salud. El cónyuge es quien finalmente decide por un parto en casa con partera. También se observó que, mientras los vecinos apoyaron a la mujer durante el parto, la familia de la mujer y los

servicios de salud no fueron parte de esta red.

En la red general del último parto (gráfico 13), el número de actores disminuye a 17, con muchos de ellos sólo apareciendo una vez durante las entrevistas. A diferencia del primer parto, para el último parto la suegra deja de tener un rol influyente y la pareja toma decisiones de manera conjunta. La red social en el gráfico 14 representa la historia de

Gráfico 11. Red general de los actores del primer parto en Sabanilla

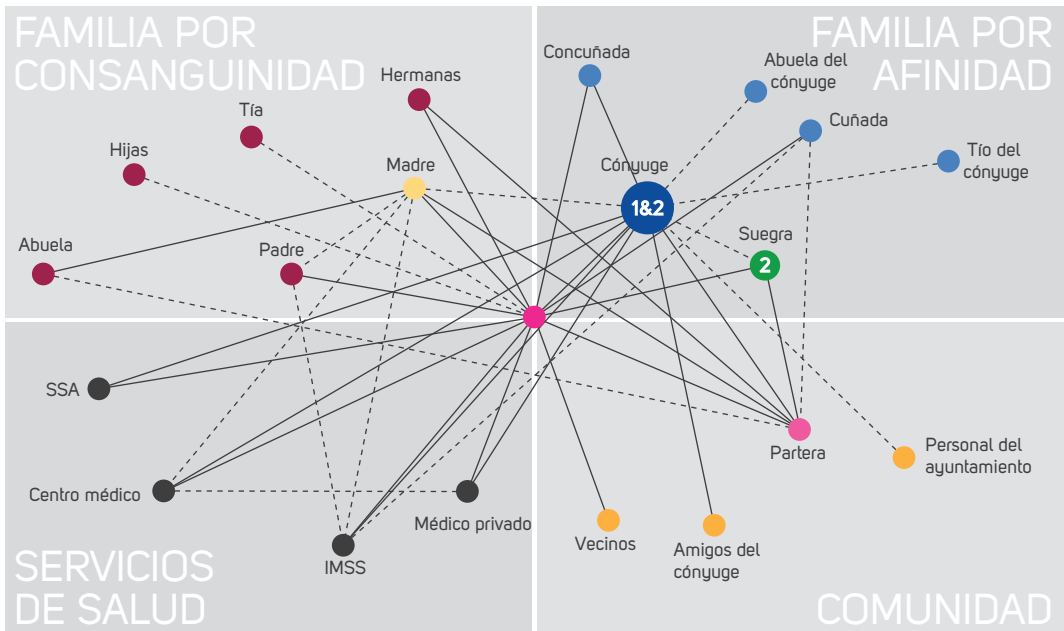


Gráfico 12. Red social, Sabanilla, primer parto con partera

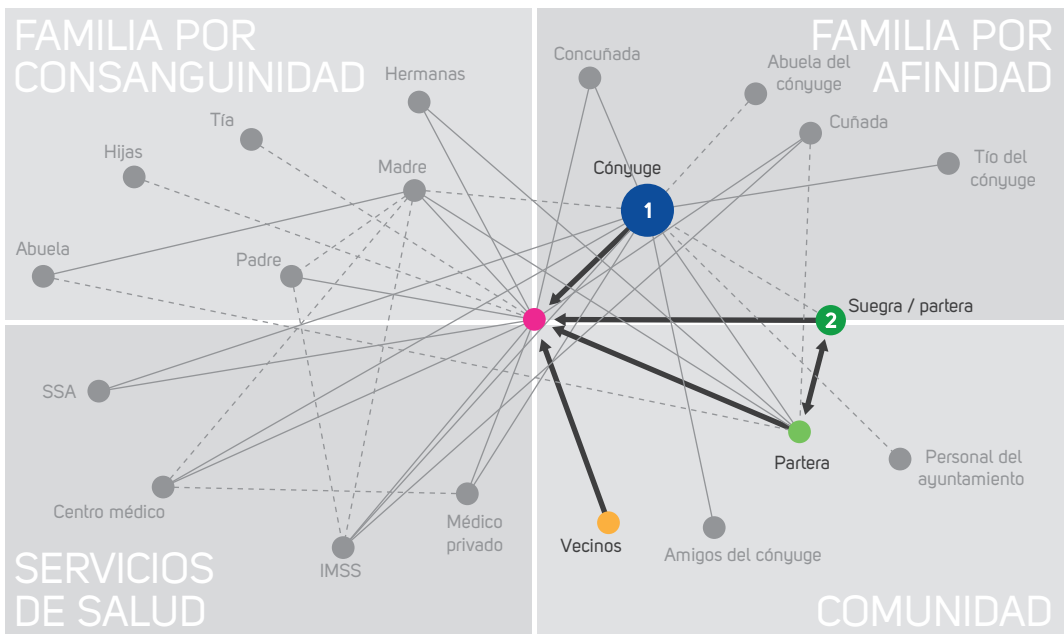


Gráfico 13. Red general de los actores del último parto en Sabanilla

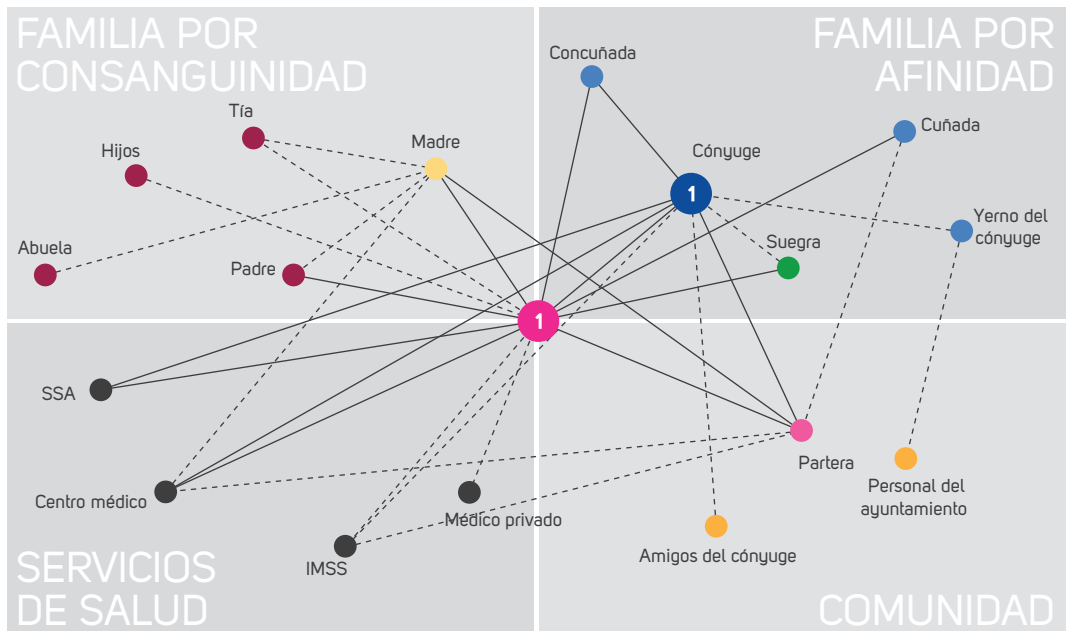
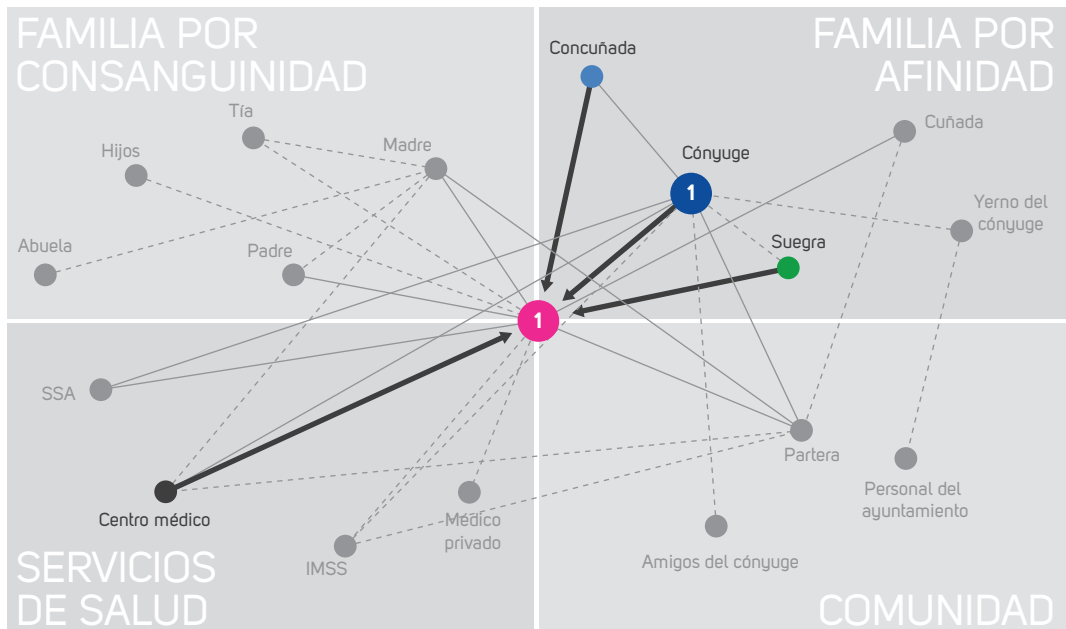


Gráfico 14. Red social, Sabanilla, último parto en centro médico



una mujer quien conjuntamente con su cónyuge, decide tener un parto institucional. Mientras que la cuñada y la suegra aún aparecen en esta red, sus roles son simplemente de apoyo, sin afectar la toma de decisión de la pareja.

Chilón

En Chilón, la red general para mujeres durante el primer parto incluye 20 actores, igual que en Sabanilla (gráfico 15). La diferencia con Sabanilla es que en Chilón se observaron menos actores de la familia de la mujer o del cónyuge y más actores de la comunidad. A diferencia de Sabanilla, en Chilón la mujer misma aparece como tomadora de decisiones, seguida por su cónyuge. Aunque no se investigó la razón, las mujeres de Chilón tienden a tener hijos a una edad más avanzada y se reportaron más casos de violencia doméstica que en los otros dos municipios.

La red social en el gráfico 16 ilustra un primer parto con partera por decisión de la mujer, quien también consultó con su cónyuge. En esta red aparecen cuatro actores —el cónyuge, los suegros y la partera— apoyando a la mujer y apoyándose entre ellos mismos. En esta red no existe participación de la familia de la mujer y el personal de salud. Para el último parto (gráfico 17), el número de actores se reduce a 13; muchos de estos vínculos sólo aparecen una vez durante las entrevistas. La mujer continúa siendo la más influyente en el momento de la toma de decisión, seguida nuevamente por su cónyuge. El gráfico 18 muestra un parto en casa con partera y solo con dos actores: el cónyuge y la madre de la mujer, quien tomó el rol de partera para apoyar a la mujer. La decisión del parto en casa con partera fue de la mujer misma, quien consultó con su cónyuge antes de decidir.

San Juan de Chamula

En San Juan Chamula se identificaron 18 actores en la red general del primer parto (El gráfico 19). A diferencia de Sabanilla y Chilón, en San Juan de Chamula existe un promedio mayor de actores en cada red, quienes son predominantemente miembros de la familia. Las parteras y los(as) curanderos(as), son actores de la comunidad quienes tienden también a ser familiares de la mujer o del cónyuge con más frecuencia que en los otros dos municipios.

En este municipio, la suegra tiene la mayor influencia en la toma de decisiones durante el primer parto, seguida por el cónyuge —un efecto que se identificó con frecuencia en las familias con residencia patrilocal. En el ejemplo del gráfico 20, se observó un parto en la SSA donde la suegra

decidió que la mujer sería atendida por una partera y una curandera, pero en un ES, a pedido del cónyuge. La partera y la curandera eran familiares de la suegra. La familia de la mujer no aparece en este caso y la mujer no tuvo ningún poder sobre estas decisiones.

La red general del último parto se reduce a 14 actores (gráfico 21). La reducción se atribuye a menos actores fuera del ámbito familiar y también a vínculos debilitados con los miembros de las familias. En el último parto la suegra pierde su influencia en la toma de decisiones, la cual está mayormente en poder del cónyuge y, en segundo lugar, de la mujer. En el ejemplo del gráfico 22, el último parto fue en casa con partera incluyendo el apoyo de cuatro actores. En este caso la mujer consultó con su cónyuge, pero fue ella quien tomó la decisión. Las hermanas de la mujer también apoyaron a la mujer durante el parto.

Emergencias obstétricas

Entre las mujeres y hombres entrevistados, se reportaron seis casos de emergencias obstétricas. Para examinar este tema a fondo, se preguntó sobre un escenario hipotético de una emergencia obstétrica y también se preguntó sobre casos que conocían de emergencias obstétricas. De acuerdo a estos datos, durante una emergencia obstétrica los actores que influyen en las decisiones pueden ser diferentes a los que influyen durante un parto normal. La partera es quien, de acuerdo a su experiencia, informa e induce a la familia, anunciando si deben o no trasladar la mujer a un ES. En la mayoría de los casos el cónyuge tiene la última palabra (muchas veces recibe consejos de la suegra u otro familiar).

“...yo [partera] tuve una complicación; se murió el bebé porque su esposo no quiso que se trasladara al centro de salud” (Partera, Sabanilla).

En los casos de emergencia en los cuales se eligió ir a un ES, influyen las experiencias familiares previas y la red de contactos para adquirir los recursos necesarios, especialmente de algún hombre de la familia. Encontramos que los actores que apoyaron para resolver la emergencia, ya sea para el traslado, aconsejar o sugerir a qué lugar dirigirse, fueron amigos o familiares del sexo masculino (el tío, el suegro de la mujer embarazada o amigos del cónyuge por ejemplo). Los hombres tienden a ser proveedores del sustento económico del hogar, por lo que tienen más vínculos hacia afuera del núcleo familiar, a través de sus medios de trabajo y círculos sociales.

Gráfico 15. Red general de los actores del primer parto en Chilón

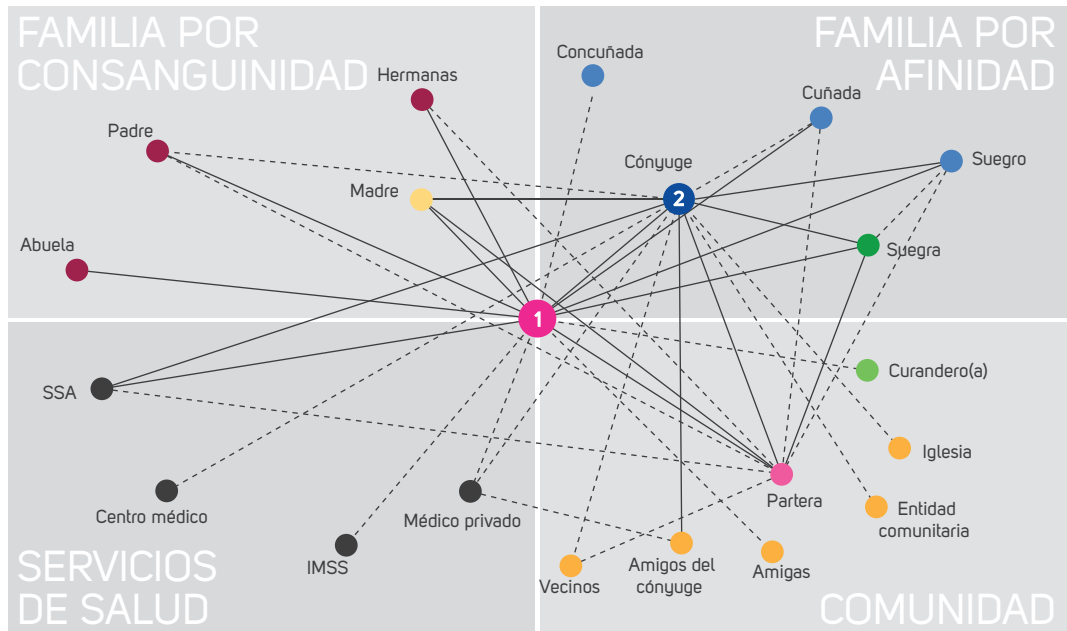


Gráfico 16. Red individual, Chilón, primer parto con partera, 4 actores

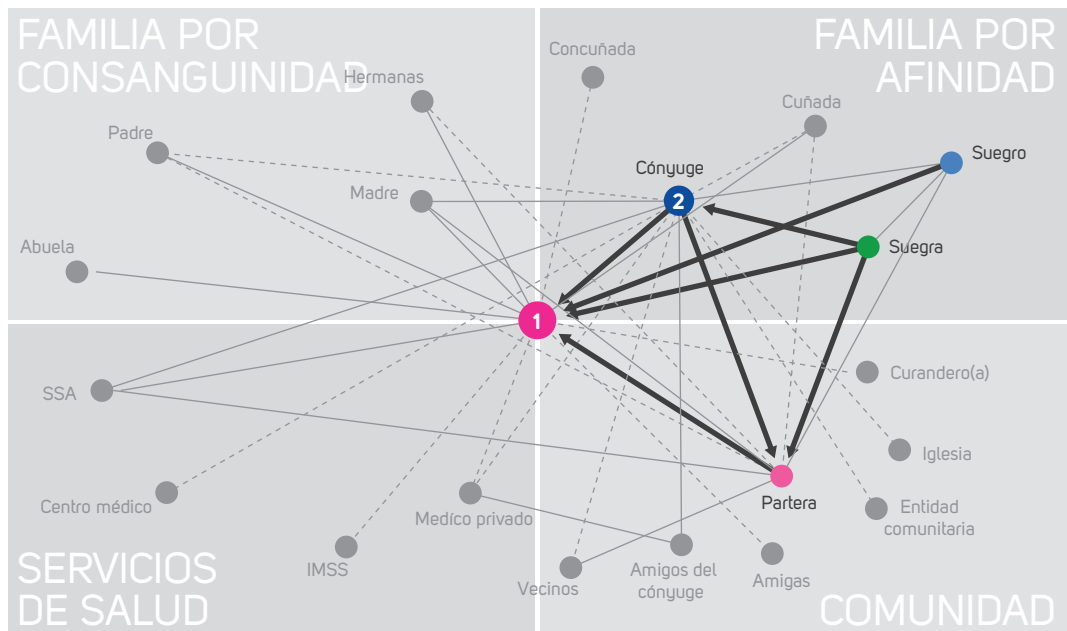


Gráfico 17. Red general de los actores del último parto en Chilón

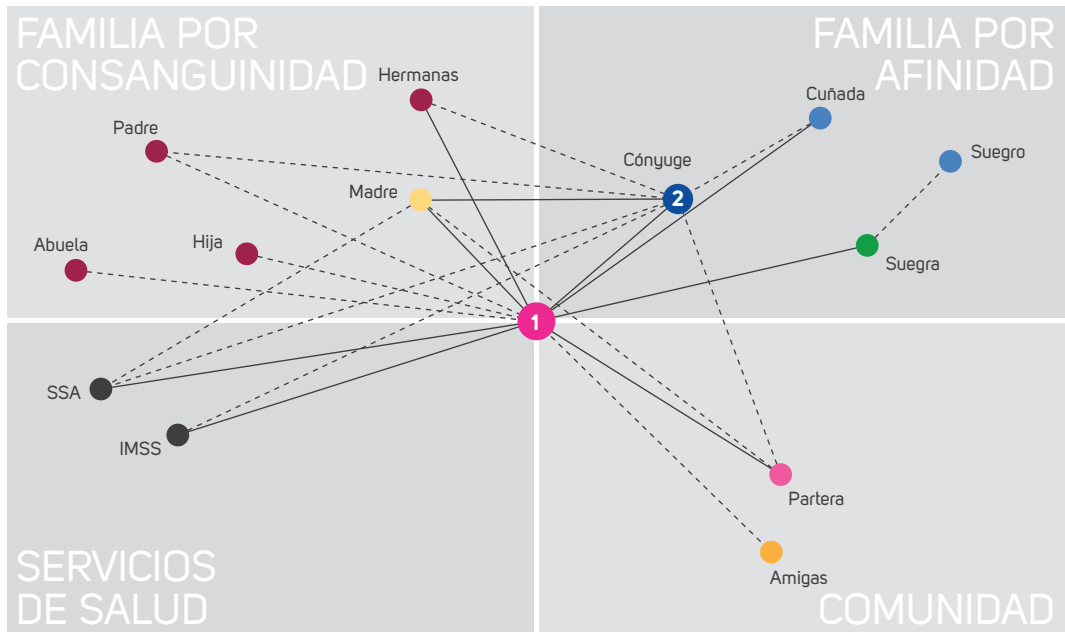
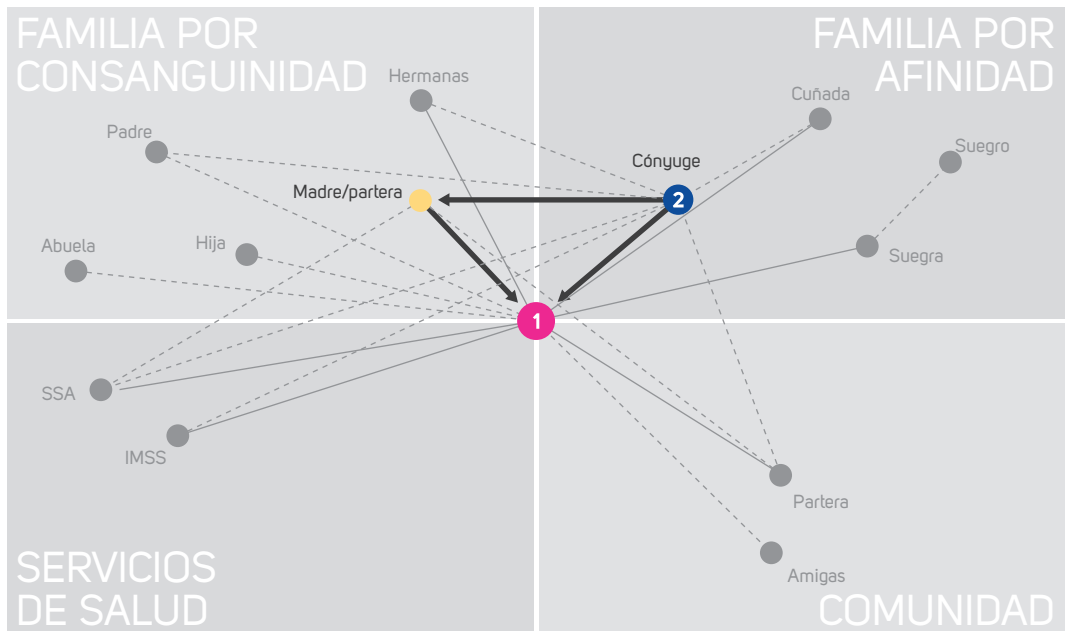


Gráfico 18. Red social Chilón, último parto con madre/partera



En el gráfico 23 se ilustra como ejemplo el mapa de la red social de una mujer quien sufrió una emergencia obstétrica en San Juan de Chamula durante su último parto. Esta es una mujer quien fue al CPN en la SSA, pero su plan siempre fue dar a luz en la casa con una partera. La suegra había fallecido y la familia de la mujer no estaba presente. Según la entrevista, para inducir el parto, la partera usó oxitocina, pero después de muchos esfuerzos la partera se fue a buscar a una enfermera del IMSS porque el bebé no nacía. La partera, la enfermera, el cónyuge y la cuñada acompañaron a la mujer al IMSS, donde le hicieron cesárea, pero el bebé falleció. En esta emergencia, fue la cuñada quien decidió llamar a la partera y recomendó ir al IMSS. La cuñada tomaba las decisiones, el cónyuge se movilizaba y se encargaba de facilitar los recursos necesarios para el traslado.

No obstante el hecho de que las atenciones en los ES son gratuitas, el costo del traslado durante una emergencia obstétrica pesa en las decisiones del hombre con respecto a buscar o no estos servicios. Sin embargo, entre lo que cobra la partera (que varía entre 200 y 1200 pesos) y el costo del transporte para trasladarse al establecimiento de salud, el gasto del bolsillo para el parto puede ser similar entre ambas alternativas.

“....yo quería con la partera. Mi esposo no quería partera porque había que pagarle; había que darle 400 pesos, por eso se fue a la clínica por que no iba a pagar nada” (M-28, San Juan de Chamula).

Por lo general, en San Juan de Chamula se observó que no se planifica ni se considera qué hacer en caso de emergencia. Para la gran mayoría de las parteras, la ruta de acción es que si se presenta una emergencia, se debe trasladar a la mujer embarazada a un ES. Sin embargo, muy pocas de las parteras transmiten esta información a priori para que las familias puedan prepararse. Se asume mayormente que todo va a salir bien y que se trata de un proceso natural. En contraste, los participantes entrevistados de Sabanilla y Chilón tenían una mayor tendencia a planificar en caso de emergencia.

Los escenarios de poca planificación exponen a la mujer y al recién nacido a una situación de alta vulnerabilidad y riesgo, y a la posibilidad de no contar con el apoyo y los recursos necesarios ante una emergencia. Estos escenarios también corren el riesgo de terminar en casos de muerte materna o neonatal. Por otro lado, en San Juan de Chamula, se piensa que, a través de los rezos,

el apoyo emocional y/o una segunda partera, los familiares pueden lograr revertir el proceso de un parto complicado. La percepción del riesgo es también un condicionante para no atender inmediatamente una emergencia. En sus testimonios, mujeres con parientes que murieron en el posparto, reportaron que no se trasladó a la mujer porque no se percibió una complicación. Las historias de dos mujeres que murieron, una Tsotsil y otra Ch'ol, mostraban que ellas estaban desnutridas y anémicas, pero en ambos casos la familia no reconoció estos síntomas y desconocían los motivos de la muerte.

“sólo se durmió, y como con una sonrisa; de ahí ya no despertó” (M-38, San Juan de Chamula).

Discusión

Toma de decisiones: El análisis de redes sociales permitió concluir que las decisiones para la atención del parto en las poblaciones indígenas de Chiapas se definen en el ámbito familiar. En muchos casos la mujer embarazada tiene poco o ningún control sobre las decisiones tomadas respecto a su salud. Esta condición determina el tipo de atención que recibe, y está sujeta al lugar de convivencia de la mujer y su cónyuge, sobre todo durante el primer embarazo y parto. El análisis también reveló que las influencias en las decisiones son distintas en mujeres primerizas y jóvenes que en mujeres multíparas mayores. Las personas con la mayor influencia en la decisión de cómo y dónde atender el primer parto fueron (en este orden de ponderación) el cónyuge, la suegra, y la mujer embarazada. En el último parto, son la mujer y/o su cónyuge quienes toman las decisiones.

La suegra, en casos de mujeres casadas o en unión libre, y la madre, en casos de mujeres solteras, adoptan el rol de tomadoras de decisiones cuando las mujeres son primerizas, jóvenes, y/o sin experiencia. Los hombres reportaron recibir consejos de sus madres (suegras de la mujer), parteras, otros hombres dentro sus familias o amigos. Contrario a lo esperado, el personal de salud tiene poca o ninguna influencia en el proceso de la toma de decisiones de dónde atender los partos. En Chiapas uno de los hallazgos más importantes es que los mensajes de salud pública relacionados con el embarazo y parto han sido dirigidos mayormente a las mujeres embarazadas y a las parteras. Sin embargo, el cónyuge tiene la mayor influencia en las decisiones, pero no recibe información clave que pueda facilitar sus decisiones.

Gráfico 19. Red general de los actores del primer parto en San Juan de Chamula

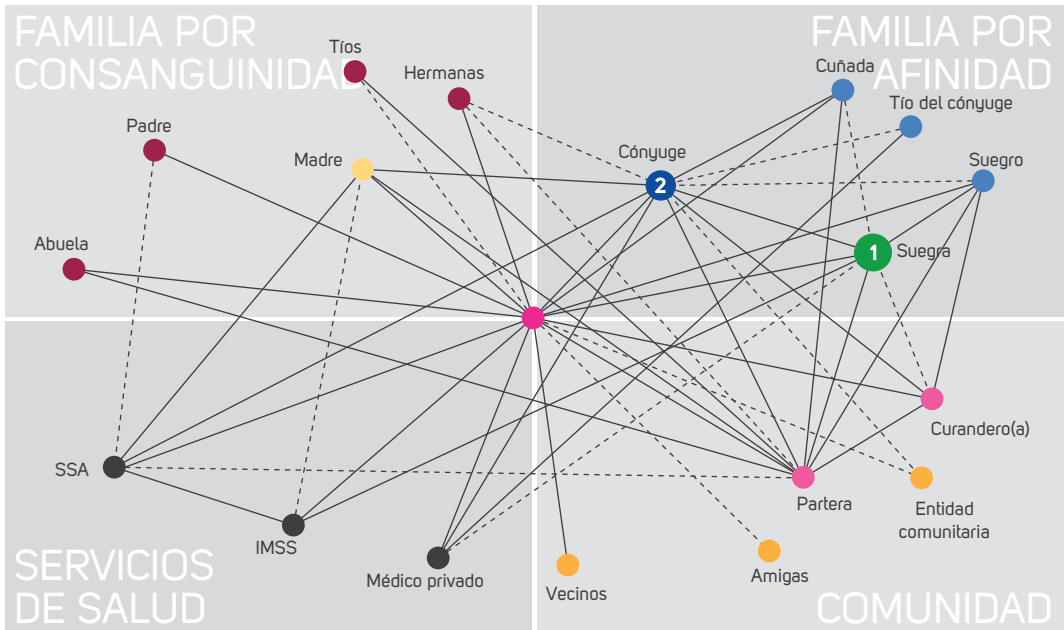


Gráfico 20. Red social, San Juan de Chamula, primer parto en centro de salud

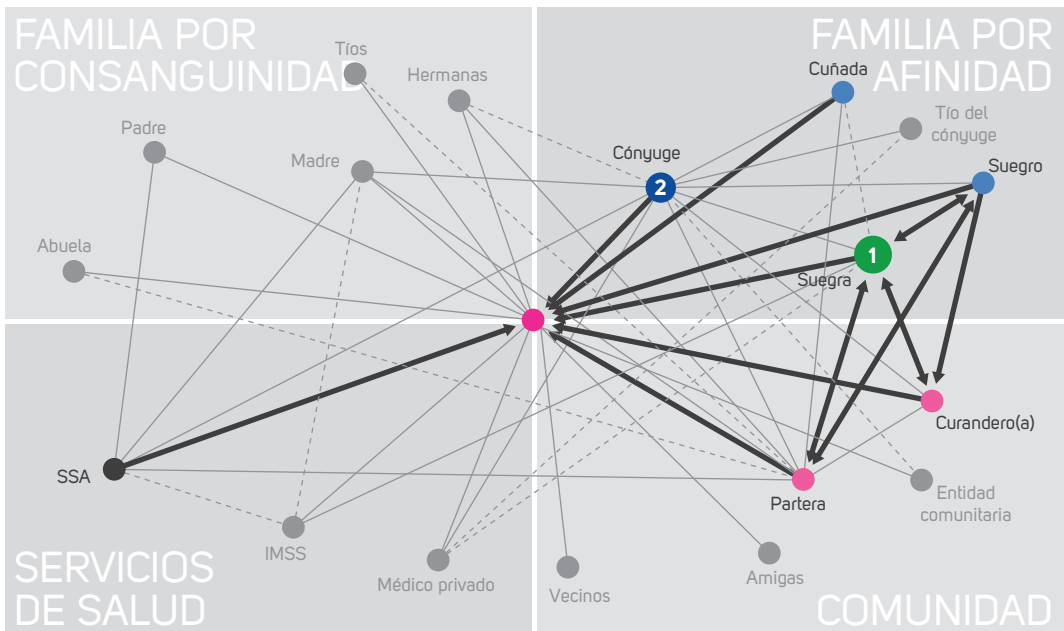


Gráfico 21. Red general de los actores del último parto en San Juan de Chamula

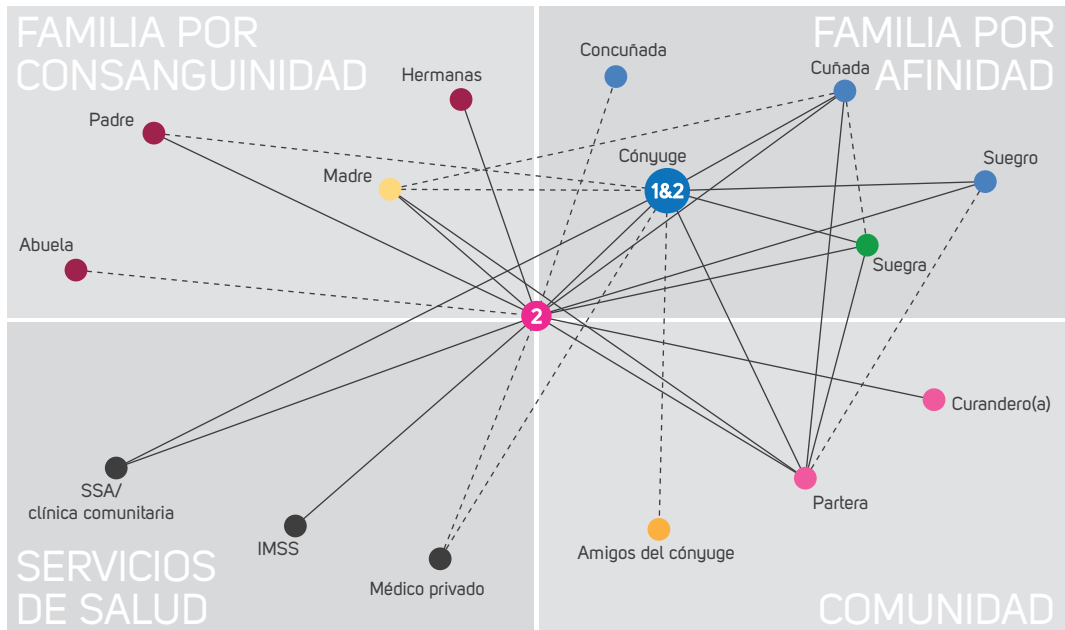


Gráfico 22. Red social, San Juan de Chamula, último parto con partera

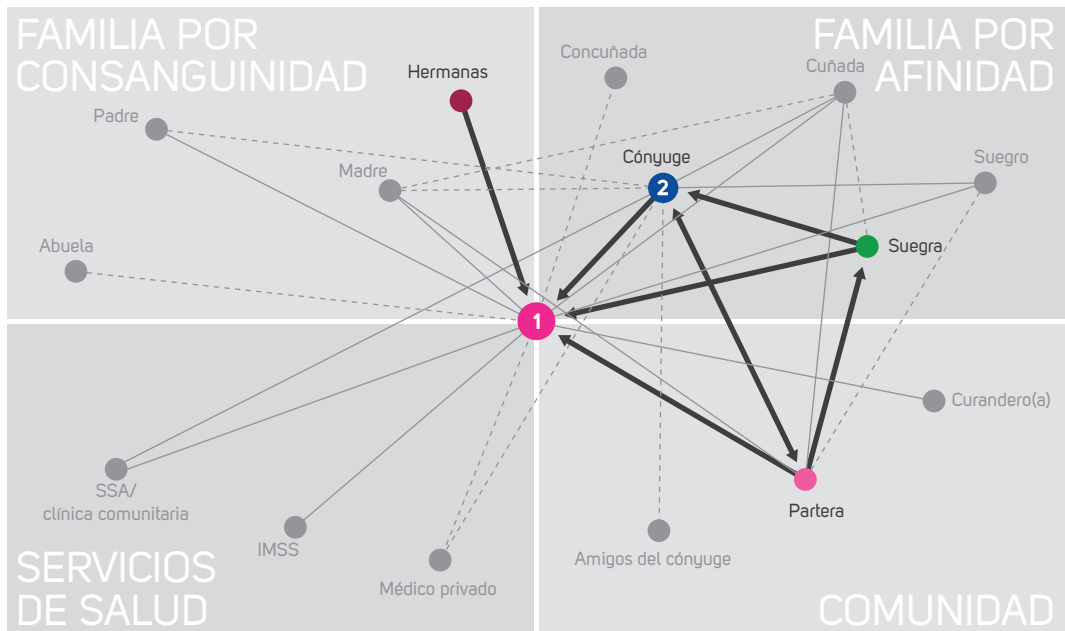
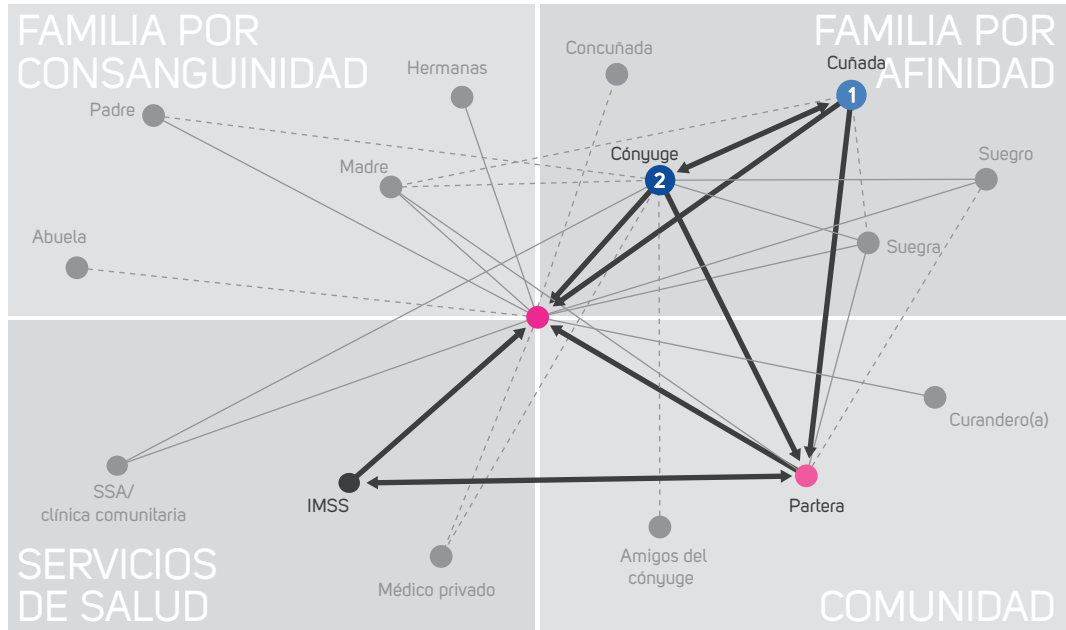


Gráfico 23. Red individual, emergencia obstétrica, último parto en establecimiento de salud, San Juan de Chamula



Composición de las redes: En general, los actores que acompañan y tienen influencia en las decisiones sobre la atención del parto pertenecen principalmente a la familia de la mujer embarazada. Este hallazgo es de singular importancia, debido a que desde el punto de vista del personal de salud, se entiende que la “*comunidad*” debe movilizarse y organizarse para evitar muertes materno-infantiles⁹². De hecho, en las tres comunidades de estudio, no se observó mayor participación, ni influencia de la comunidad ni del personal de salud en las decisiones para la atención del parto. En resumen, el parto y el embarazo se desarrollan en el ámbito privado, las decisiones por lo general se ubican dentro de la familia, y las influencias vienen de las experiencias propias de los mismos actores dentro de la familia, ya sea familia cercana o extendida. Los problemas de salud de las mujeres no se discuten ni se resuelven en la comunidad.

Controles prenatales (CPN): En Chilón y en Sabanilla tanto las mujeres, como los hombres y las parteras entrevistadas perciben los CPN, los exámenes de sangre y el ultrasonido como indispensable en el proceso del embarazo. Todas

las mujeres que tuvieron sus hijos hace menos de cinco años asistieron al CPN. En el caso de San Juan de Chamula, la asistencia a los CPN no es percibida como algo indispensable, pero sí el ultrasonido. Solamente asisten con rigurosidad las mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades porque es una condición para recibir las transferencias monetarias condicionadas. El personal de salud reporta realizar esfuerzos para que los hombres acudan a las charlas prenatales y acompañen a sus esposas a los controles; sin embargo, en los hechos, la participación de los hombres es baja. Asimismo, aunque la gran mayoría de mujeres asisten al CPN, eso no significa que decidan tener un parto institucional. Los CPN representan una gran oportunidad para promover la planificación del parto entre los actores claves de la red, enfatizando el parto institucional y enseñando las señales de emergencias obstétricas.

Primer y último parto: En general, durante el primer parto el cónyuge y la suegra tienen mayor influencia en la toma de decisiones; la mujer tiene poca o ninguna influencia. Su influencia aumenta con la experiencia y los partos subsecuentes, y

92. La organización comunitaria está conformada por diferentes conglomerados como por ejemplo los comités de salud, asistentes rurales, promotores voluntarios y parteras voluntarias rurales. La Red Social de Salud está conformada por equipos de salud, autoridades municipales, organización comunitaria para la salud y la comunidad en general.

las redes sociales tienden a disminuir en tamaño después del primer parto. La experiencia del primer parto es también diferente al último en términos de las precauciones y previsiones que las mujeres toman sobre su salud. En un último parto se controla más la dieta y hay una mayor asistencia al CPN para realizar todos los exámenes solicitados. Sin embargo, las decisiones en el último parto siguen dependiendo de la consolidación de la pareja, de la influencia de su familia, y de la accesibilidad a los ES. El lugar del último parto depende también de la experiencia del primer parto. Si la experiencia del primer parto fue positiva, sea con partera o en un ES, es probable que el último parto se planee hacer de la misma manera, mientras que si la experiencia fuera negativa se exploran otras opciones.

Emergencias obstétricas: Dado el número pequeño de los casos de emergencias obstétricas

durante los partos entre las mujeres entrevistadas, las conclusiones se basan en casos reales, tanto como en escenarios hipotéticos de emergencia. En ambos casos, las mujeres y los hombres reportaron que los actores involucrados en la toma de decisiones son mayormente el hombre y la partera. El hombre recibe consejos de la partera, pero su decisión también es influenciada por los consejos de su madre (la suegra de la mujer), otros parientes del sexo masculino y sus amigos. El costo asociado con el uso del ES también es un factor que se considera. Si el hombre no está presente durante el parto, la suegra o mamá de la mujer toman las decisiones remplazándolo. De todos modos, la última palabra es casi siempre del hombre. La complejidad de las situaciones y los actores presentes durante una emergencia obstétrica crean múltiples posibilidades de acción con consecuencias para la salud de la mujer y del bebé.

Capítulo 5

Guatemala

Resumen ejecutivo

Entre los años 2000 y 2007, la mortalidad materna en Guatemala se redujo en un 8,7% con un descenso promedio de 1,24% anual⁹³. Estos avances se han producido, entre otras razones, por los Programas de Extensión de Cobertura (PEC) y por la creación de un mayor número de establecimientos de salud de primer y segundo nivel en poblaciones rurales y mayoritariamente indígenas.

Sin embargo, en comparación con el resto de América Latina, la mortalidad materna en Guatemala es el doble que el promedio regional, con una brecha grande entre mujeres indígenas y ladinas⁹⁴. En 2010, los departamentos con una alta población indígena y rural fueron los que tuvieron los porcentajes más altos de muertes maternas: Huehuetenango (26,04%), Alta Verapaz (13,91%) y San Marcos (13,02%)⁹⁵. Asimismo, la reducción de la mortalidad materna entre las mujeres indígenas ha sido mucho más lenta a la esperada, especialmente cuando muchas de estas muertes son evitables.

Resultados

Durante el trabajo de campo se entrevistó a 113 personas en las cabeceras municipales de Comitancillo, San Idelfonso Ixtahuacán y San Pedro Necta, y las aldeas de Agua Tibia, Casaca y El Palmar.

Estructuración de las redes sociales: Las entrevistas revelaron que las redes sociales de la mujer embarazada se estructuran alrededor de la familia: en particular, el cónyuge, la madre y la suegra de la mujer embarazada, y también incluyen a las comadronas. En pocas ocasiones se identificaron a personas fuera de la familia, tales como personal de salud, amigos, vecinos y facilitadores comunitarios. El personal de salud aparece en las redes sociales como actor durante el embarazo (para el CPN), pero muy escasamente durante el parto y no tiene una influencia significativa en la toma de decisiones.

Toma de decisiones: Las personas que toman decisiones sobre el lugar del parto incluyen: la mujer embarazada, su cónyuge, la suegra y madre

93 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2011. *Estudio nacional de mortalidad materna*.

94 Mujeres mestizas.

95 Procurador de los derechos humanos. 2013. *La situación de la mortalidad materna en Guatemala*.

(de la mujer embarazada). Con excepción de las cabeceras municipales de San Idelfonso Ixtahuacán y San Pedro Necta, la suegra y madre de la mujer embarazada tienen gran influencia y pueden ser tomadoras de decisión sobre dónde y con quien realizar los CPN durante un primer embarazo y también sobre el lugar del parto. Durante un último parto la propia mujer embarazada tiene mayor influencia en las decisiones. Los hombres también tienen gran influencia en estas decisiones; sin embargo, en las entrevistas ellos manifestaron que el embarazo y parto son “asuntos de mujeres”.

Influencias: La decisión de dónde y con quién tener el parto está influenciada por las tradiciones sociales y culturales, el nivel de comodidad deseado por la mujer (con preferencia de partos en casa), la disponibilidad de recursos para el traslado a un establecimiento de salud (ES) y las opiniones de su familia (red social). La estructura de la red, incluyendo su tamaño y las personas que la conforman, cambia entre los primeros partos y partos subsiguientes. Existe la percepción de que una mujer con mayor experiencia en los embarazos y partos es menos susceptible a emergencias obstétricas. Los patrones de residencia, que en una gran mayoría son patrilocales en estas comunidades, asignan mayor influencia a la familia del cónyuge, particularmente a la suegra de la mujer embarazada. Por otro lado, se encontró una tendencia de las mujeres que viven solas o carecen del apoyo de familiares, vecinos y otros actores claves a acudir con mayor frecuencia a los establecimientos de salud.

Emergencias obstétricas: Durante emergencias obstétricas, el cónyuge tiene el mayor poder de decisión con respecto a dónde realizar el parto. Las redes sociales durante una emergencia obstétrica alcanzan un promedio de siete actores, en comparación con 5 actores, que es el promedio durante un primer parto normal. Si la familia planea el parto en casa sin una comadrona y solo con un familiar que atiende partos, la probabilidad de no reconocer las señales de peligro es más alta y se presentan la primera y segunda demora (de no reconocer los signos de alarma, y de no decidir ir a un ES). Si la comadrona está presente durante una emergencia obstétrica, es probable que ella recomiende acudir a un establecimiento de salud, pero la decisión de trasladar a la mujer se toma en familia, y el cónyuge tiene la última palabra. En los ES del primer nivel, el personal de salud toma las deci-

siones de referir al segundo nivel si es necesario, generalmente sin oposición de la familia.

Antecedentes

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI 2008-09) de Guatemala, el 47% de los partos son atendidos por médicos, el 42,4% por comadronas, el 6,2% por algún pariente o sin ningún tipo de atención y el 4,5% por enfermeras. El Estudio Nacional de Mortalidad Materna reportó que, de las muertes maternas, seis de cada 10 ocurrieron en la casa o camino a un establecimiento de salud⁹⁶. Por lo general, la preferencia de las familias indígenas es que el parto sea atendido en la casa por una comadrona mientras que la posibilidad de un parto institucional se suscribe a complicaciones obstétricas⁹⁷. El mayor porcentaje de muertes maternas en casa está ampliamente relacionado, por un lado, con que la mayor parte de las mujeres llegan al establecimiento tardíamente y en una situación de alto riesgo, pero por otro lado, con que las decisiones se toman en momentos críticos.

En 2011, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) realizó una serie de consultas con las comunidades indígenas para comprender mejor cómo se percibe la calidad de los servicios de salud y el acceso a los mismos. Estas consultas también buscaron comprender cómo funcionan (o no) los comités comunitarios de emergencia⁹⁸ en casos de emergencias obstétricas. Las consultas concluyeron que los comités actúan principalmente en casos de emergencias que afectan a toda la comunidad, tales como inundaciones o terremotos; no consideran las emergencias obstétricas para su actuación inmediata, por considerarse un tema individual, que se debe resolver en familia. Asimismo, estas consultas identificaron factores importantes que inciden en el proceso de decisión, tales como: (i) la dependencia de decisión externa a cargo de un tercero (no de la propia mujer), (ii) el alto costo del transporte, (iii) una expectativa de baja calidad en la atención, (iv) las malas experiencias (personales o ajenas) y (v) la expectativa de ser maltratada por el personal de salud.

Estos factores están estrechamente relacionados con las cuatro demoras en la atención obstétrica. (En la primera sección de esta monografía se

96 Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Estudio nacional de mortalidad materna 2011*.

97 Sáenz de Tejada, S. 2009. *Consecuencias de la muerte materna*.

98 Los comités tienen la responsabilidad de organizar a la comunidad cuando se presentan emergencias, sean desastres naturales, accidentes o problemas agudos de salud, entre ellos los problemas de emergencias obstétricas.

mencionaron tres demoras, pero en Guatemala se consideran cuatro.) La primera demora se produce por “el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de las señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto y, del recién nacido”. La segunda demora se produce “cuando aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad sexual no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma, sino que la decisión es tomada por su pareja o un familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros)”. La tercera demora se refiere a “los limitantes que existen por la falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud”. Finalmente, la cuarta demora se refiere a “la producida por una atención institucional deficiente e inoportuna –no resolutive– por varias causas, entre las que se puede destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de los proveedores de servicios de salud, y la falta de insumos, medicamentos, infraestructura y equipo adecuados⁹⁹”.

De acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna, cerca de un tercio de los casos de muerte materna (537 casos analizados) se debieron a la cuarta demora. La combinación de reconocer los

signos y decidir buscar atención estaba relacionada con dos tercios de las muertes. En otras palabras, las demoras ocurren mayormente en la comunidad.

Características de las comunidades del estudio

Este estudio se realizó en el noroccidente del país, en seis comunidades de los municipios de Comitancillo (población: 62495) en el departamento de San Marcos, San Idelfonso Ixtahuacán (población: 43614) y San Pedro Necta (población: 33749) del departamento de Huehuetenango. La población está conformada principalmente por campesinos pequeños agricultores de auto-subsistencia.

El porcentaje de población indígena en Comitancillo es de 98%, en San Idelfonso Ixtahuacán es de 93%, y en San Pedro Necta es de 80%. Esta población es fundamentalmente mam, aunque en la región conviven, además de la población no indígena, otros grupos de origen maya: tektiteko, popti', chuj, q'anjob'al, akateko, awakateko, chalchiteko, y k'iche'. Los municipios de las áreas de estudio cuentan con más de 30.000 habitantes y la densidad poblacional es elevada, particularmente en

Tabla 4. Municipios de la SM2015 que cumplen los criterios de identificación

DPTO.	MUNICIPIO	POBLACIÓN (2012)*	% POBLACIÓN INDÍGENA (2002)**	IDH (2005)***	SERVICIO DE SALUD	NACIMIENTOS (2011)****	PARTOS ATENDIDOS EN SS (2011)****
Huehuetenango	Santa Bárbara	17273	99	0,475	CAP	905	ND
	Colotenango	26701	98	0,513	CAP	1143	ND
	S Sebastián H	29213	95	0,508	CAP	916	6
	S Juan Atitán	15565	99	0,306	CAP	596	30
	S Ildelfonso Ixt	43614	93	0,517	CAP	815	7
	Todos Santos C	35211	91	0,342	CAP	952	45
San Marcos	San Pedro N	33749	80	0,562	Hospital	919	1121
	Tajumulco	56823	81	0,541	CAP	1463	10
	Concepción T	58894	98	0,495	CS	2099	42
	Comitancillo	62495	99	0,398	CENEPa	2365	ND
	Ixchiquan	28852	83	0,566	CAIMI	593	596

*Instituto Nacional de Estadística (INE). Estimaciones de población 2012.

**Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población 2002.

***Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2005.

****Ministerio de Salud Pública y Atención Social. 2011.

Comitancillo (525/km²; la media nacional es de 131). Las principales actividades económicas de población consisten en comercio y agricultura (producción de granos básicos y café). Además, en San Idelfonso Ixtahuacán continúa funcionando una mina de tungsteno, la cual absorbe parte de la mano de obra local. Los niveles de pobreza son elevados; según el Censo de 2012, vive en pobreza extrema el 89% de la población en Comitancillo, el 76% de San Idelfonso Ixtahuacán y el 78% de San Pedro Necta. Según los informes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el índice de desarrollo humano casi no ha variado desde 1994.

Durante la guerra (1980-1995) la población sufrió enormemente: miles de personas fueron asesinadas, muchas más desplazadas y hubo un estancamiento económico generalizado, provocado por la militarización. Una consecuencia notable de la guerra que aún no ha sido superada es el alto nivel de conflictividad que quedó en las comunidades. Si bien los conflictos internos siempre han estado presentes, la militarización de las comunidades debilitó las formas tradicionales de resolverlos. Con la firma de la paz en 1996 terminaron oficialmente las patrullas de autodefensa civil y los comisionados militares. El proceso de paz priorizó el fortalecimiento de las instituciones civiles del gobierno, como las municipalidades, los tribunales de justicia, y la Policía Nacional Civil. Pero el proceso ha sido lento y creó un vacío de poder que resultó en la multiplicación de conflictos sociales. Otras consecuencias de la guerra han sido la migración masiva hacia el norte

y la delincuencia. Además, y por ser un espacio fronterizo (San Pedro Necta está apenas a 30 km de la frontera con México), se ha experimentado un incremento en actividades ilícitas de contrabando de personas, drogas y bienes.

Oferta de los servicios de salud

La población de los tres municipios tiene acceso a servicios de salud materno-infantil básicos (Nivel I) y la población en San Pedro Necta cuenta además con acceso a servicios de salud de ginecoobstetricia especializados (Nivel II). Los tres municipios (cabecera y aldeas) cuentan con puestos de salud y unidades mínimas atendidos por una auxiliar de enfermería (Cuadro 11). En los tres casos, tienen intervenciones del PEC, con personal del Equipo Básico de Salud que incluye: médicos, enfermeras, educadoras comunitarias en salud y nutrición (ECSN), facilitadoras comunitarias, comadronas tradicionales capacitadas y vocales de salud. El municipio de Comitancillo cuenta con un Centro de Atención Permanente (CAP) ubicado en la cabecera municipal que está adaptado para la atención del parto vertical y cuenta con un cuarto para chuj o temascal (baño de vapor tipo sauna). San Pedro Necta cuenta con un hospital distrital con personal médico especializado¹⁰⁰; en San Idelfonso Ixtahuacán se encuentra una sede del Instituto Guatemalteco del Seguro Social y también hacen uso de los servicios privados de salud en la cabecera departamental de Huehuetenango y la Asociación Pro Bienestar de la Familia.

Cuadro 15. Comunidades para el análisis de redes sociales

DEPARTAMENTO	SAN MARCOS		HUEHUETENANGO			
Municipio	Comitancillo		San Idelfonso Ixt.		San Pedro Necta	
Comunidades	Cabecera	Aldea Agua Tibia	Cabecera	Aldea Casaca	Cabecera	Aldea El Palmar
Oferta de servicios de salud	Un CAP ubicado en la cabecera municipal. Este CAP está adaptado para la atención del parto con pertinencia cultural, cuenta con un cuarto para chuj o temascal (baño de vapor tipo sauna) y un área adaptada para atención de parto vertical.		Un hospital distrital con personal médico especializado. El hospital cubre a la población de los municipios aledaños. Dos puestos de salud atendidos por una auxiliar de enfermería en cada uno.		Un CAP ubicado en la cabecera municipal y cuatro puestos de salud atendidos por una auxiliar de enfermería respectivamente.	

100 En San Pedro Necta contaban con una casa materna, la cual ha sido cerrada, pero a la fecha una instancia similar funciona como "casa posada" (perteneciente al municipio, no al MSPAS) donde los principales usuarios son personas y familiares que asisten al hospital.

Características de los participantes del estudio

Se entrevistó a un total de 113 personas: 73 mujeres y 18 hombres para la elaboración de las redes sociales. Adicionalmente, se entrevistó a un total de 12 comadronas y 10 proveedores de salud entre facilitadores comunitarios, educadoras en salud, enfermeras auxiliares, enfermeras, médicos y trabajadores sociales (Tabla 4).

El rango de edades del primer parto entre las mujeres fue de 14 a 31 años de edad, y el 44% tenía menos de 18 años durante su primer parto. El porcentaje de participantes que tuvieron más de la mitad de sus partos en casa fue de 55,9%.

Controles prenatales

El 84% de las mujeres entrevistadas asistieron a por lo menos un CPN¹⁰¹. En la mayoría de los casos asisten solas, y cuando van acompañadas

Tabla 5. Datos demográficos y descripción de los participantes

MUNICIPIOS	COMITANCILLO		SAN IDELFONSO IXTAHUACÁN		SAN PEDRO NECTA		TOTAL
	Cabecera municipal	Aldea Agua Tibia	Cabecera municipal	Aldea Casaca	Cabecera municipal	Aldea El Palmar	
Comunidades							
Variable							
No. de Mujeres	12	17	12	11	11	10	73
No. de Hombres	3	5	8	0	1	1	18
Subtotal	15	22	20	11	12	11	91
Edad Promedio (\bar{x})	27,7	32,7	30,4	30,5	30,7	33,6	31,0
Rango	15-64	17-60	21-63	20-43	17-47	20-60	15-64
Edu. \leq primaria	10/15	17/18	10/20	9/10	8/12	10/10	75,3%
Casada(o) o en unión libre	14/15	20/22	18/20	11/11	8/12	9/10	88,9%
Monolingüe (mam) o bilingüe (mam/ español)	12/15	21/21	18/20	11/11	12/12	11/11	94,4%
Edad en el 1er parto* Promedio (\bar{x})	18,5	17,8	21,4	19,3	18,9	18	19,1
Rango	15-31	14-24	18-29	16-22	14-27	15-21	14-31
No. de embarazos** Promedio (\bar{x})	5	6,7	2,9	4,7	4	6,5	5,1
Rango	2-10	2-15	2-5	2-8	2-9	2-13	2-15
Más de la mitad de los partos en casa	8/15	18/22	9/20	6/11	5/12	9/11	55,9%
Violencia verbal*	5/11	2/16	4/12	3/11	3/11	2/10	26,8%
Violencia física*	3/11	4/17	2/12	2/10	2/11	1/10	19,7%
Otros actores frecuentes en las redes sociales:							
Comadronas (n=12)							
Personal de salud (n=10)							
Número total de participantes							113

*Pregunta solo a mujeres.

** Pregunta solo a mujeres multiparas y a hombres con dos o más hijos.

101 Esta cifra se encuentra por debajo de la media nacional del área rural que es 91,4%. Esto posiblemente se deba a que varias de las redes analizadas corresponden a partos que ocurrieron hace más de 10 años.

es, por lo general, con su madre. Para las mujeres embarazadas la asesoría para la asistencia a los CPN proviene en gran medida de su familia, pero también de amigas y de las facilitadoras comunitarias, las ECSN y las comadronas capacitadas. Las comadronas influyen en las mujeres embarazadas para que asistan a los CPN, porque este conocimiento les ofrece la supuesta garantía de que el parto será normal.

“Uno del centro de salud me llegó a buscar en la casa; que era necesario hacer control; creo que era auxiliar del centro de salud” (Cabecera municipal, Comitancillo).

“...fui a controles prenatales al segundo mes de embarazo; era más la exigencia de mi abuelita (la comadrona) de acudir al hospital, que los doctores me revisaran para que el parto no se complicara” (Cabecera municipal, San Idelfonso Ixtahuacán).

En los municipios de Comitancillo y de San Idelfonso Ixtahuacán, uno de los motivos por los cuales las familias deciden no asistir a los CPN es la falta de laboratorios en los ES y los costos adicionales de ir a otro ES para realizar los exámenes de sangre y el ultrasonido.

Preferencia por el lugar del parto

Las mujeres y hombres que reportaron redes sociales relativamente pequeñas (< 3 actores) tuvieron partos institucionales con más frecuencia que quienes reportaron redes relativamente más grandes. Las redes pequeñas frecuentemente son resultado de casos de mujeres solteras, un cónyuge desvinculado de su familia o huérfano, o un cónyuge que migró a otro país. En las redes sociales grandes (>4 actores), el 80% prefirió el parto en la casa. Esta situación estaría mostrando que en las redes sociales grandes, donde están presentes más actores (que tienden a ser de la familia), pueden existir características, ya sean tradicionales, culturales, logísticas u otras, que conducen a una mayor tendencia a los partos en casa.

Igualmente, el 60% de las mujeres solteras planificó un parto institucional en contraste al 28% de las mujeres que estaban unidas o casadas. Tener el parto en la casa está asociado a un mayor apoyo emocional y afectivo, a la percepción de mejores cuidados y a la posibilidad de que si existe una emergencia obstétrica o neonatal, siempre habrá alguien que velará por la salud de la parturienta y

su traslado a un ES. Entre las mujeres solteras, una de las motivaciones más importantes para planificar un parto institucional fue, justamente, el no contar con una red social de apoyo. La situación de las mujeres solteras se agudiza porque no buscan apoyo de su familia o entorno social por el miedo de ser rechazadas. Esto incide no solamente en el momento del parto, sino también desde etapas más tempranas para la asistencia a los CPN.

“En el momento del parto me fui al centro de salud caminando, decidí ir al centro de salud porque estaba sola, y si hubiera estado mi pareja no voy” (Aldea Agua Tibia, Comitancillo).

“Yo vivía en la casa de mi papá, el papá de mi hija me dejó, huyó, me engañó (...) fui a los controles al centro de salud sólo dos veces, tenía miedo de que mi papá supiera de mi embarazo” (Aldea Casaca, San Idelfonso Ixtahuacán).

Descripción de las redes sociales

A continuación se presentan las redes sociales para cada municipio. La red general representa la agregación de todos los mapas que se obtuvieron en cada comunidad. En la red general se encuentran todos los actores mencionados como parte de las redes sociales durante el primer parto, y sus correspondientes vínculos, tal como fueron identificados en las entrevistas. Los gráficos de las redes sociales representan historias individuales típicas de cada comunidad.

Comitancillo

Las redes sociales de las dos comunidades de Comitancillo (cabecera y Aldea Agua Tibia) están ilustradas en los gráficos del 24 al 29. Se evidencian la mujer y su cónyuge como los que toman la decisión sobre el lugar del parto, aun cuando la madre o suegra de la mujer tienen más influencia durante el embarazo y CPN. En la cabecera municipal, los actores que apoyan a la mujer durante el primer embarazo y parto son el cónyuge, la madre, la suegra, el personal del centro de salud¹⁰² (mayormente para el CPN) y la comadrona. Para los embarazos subsecuentes, los hijos mayores también aparecen regularmente como apoyo en la Aldea Agua Tibia. Las redes de Comitancillo tienden a disminuir en tamaño después del primer parto (Gráficos 24 vs. 26 por ejemplo).

102 La mayoría de participantes se referían a los establecimientos de salud como “centros de salud”. Los dos términos se usan indistintamente.

Gráfico 24. Red general en la cabecera municipal de Comitancillo, primer parto

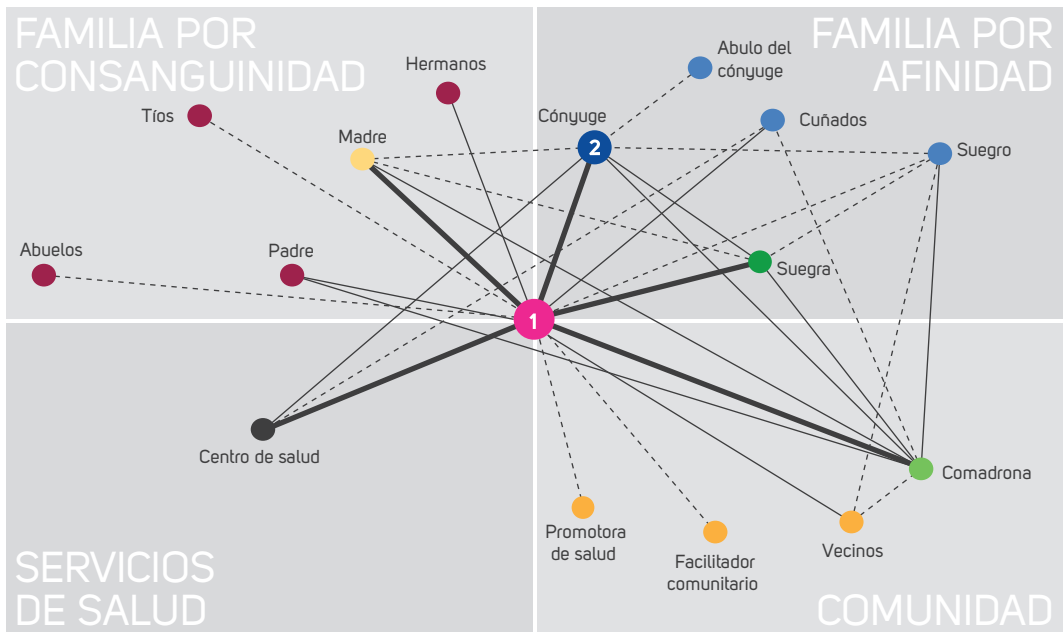


Gráfico 25. Red social en la cabecera municipal de Comitancillo, primer parto

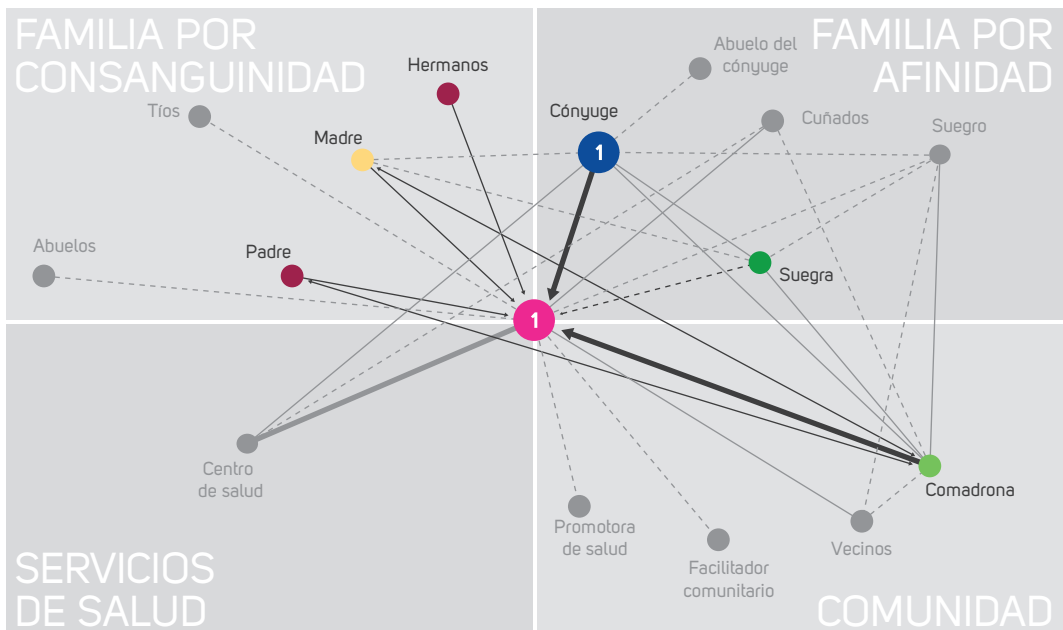


Gráfico 26. Red general en la cabecera municipal de Comitancillo, último parto

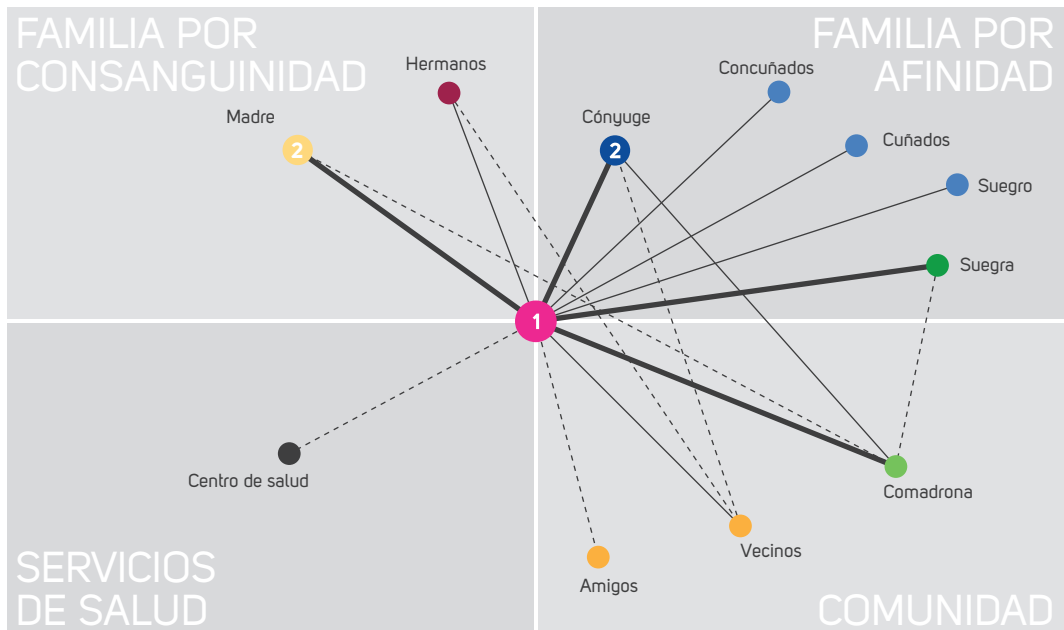


Gráfico 27. Red social en la cabecera municipal de Comitancillo, último parto

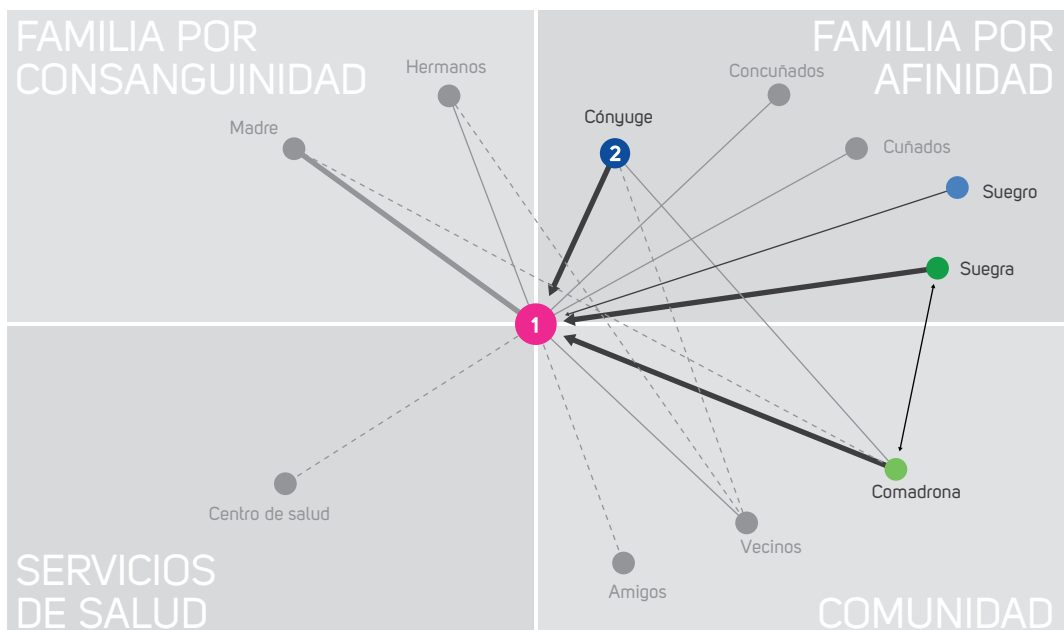


Gráfico 28. Red general en Agua Tibia, Comitancillo, último parto

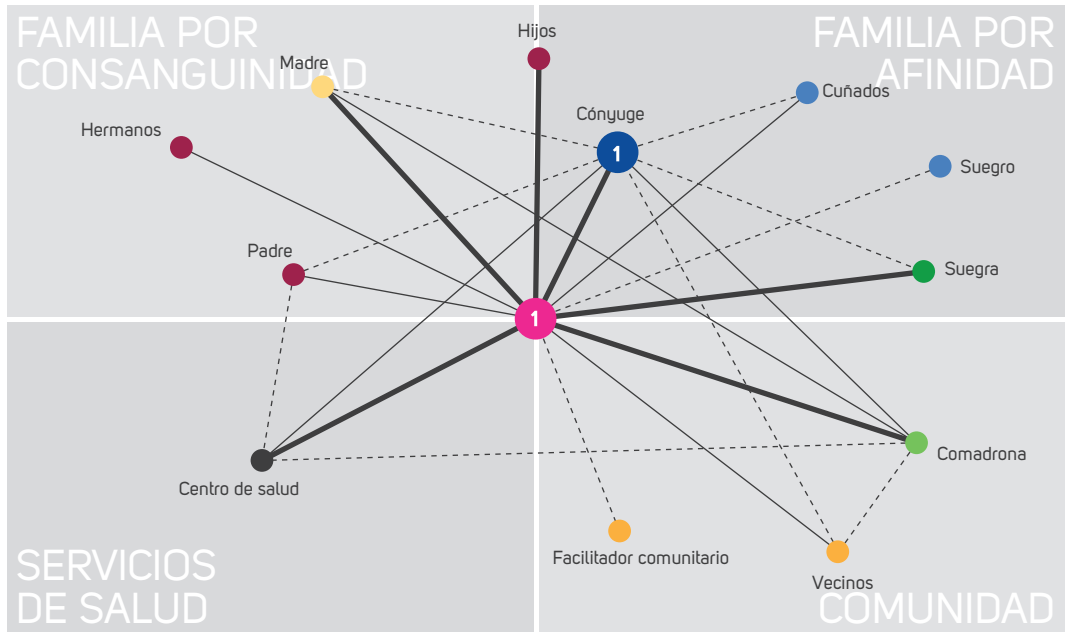


Gráfico 29. Red social en Agua Tibia, Comitancillo, último parto

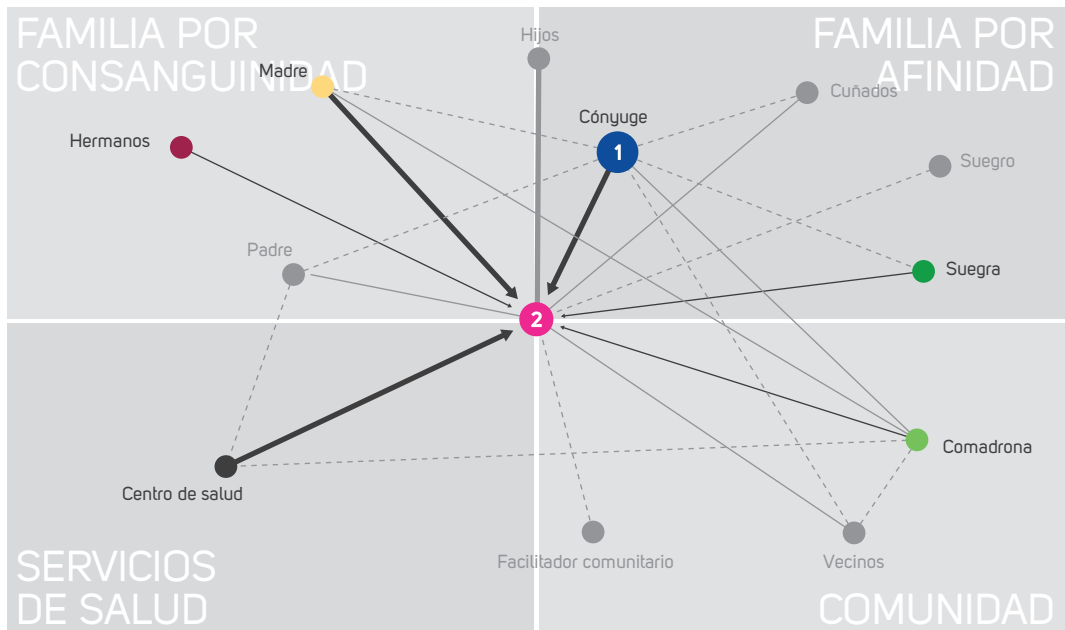


Gráfico 30. Red general en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacán, primer parto

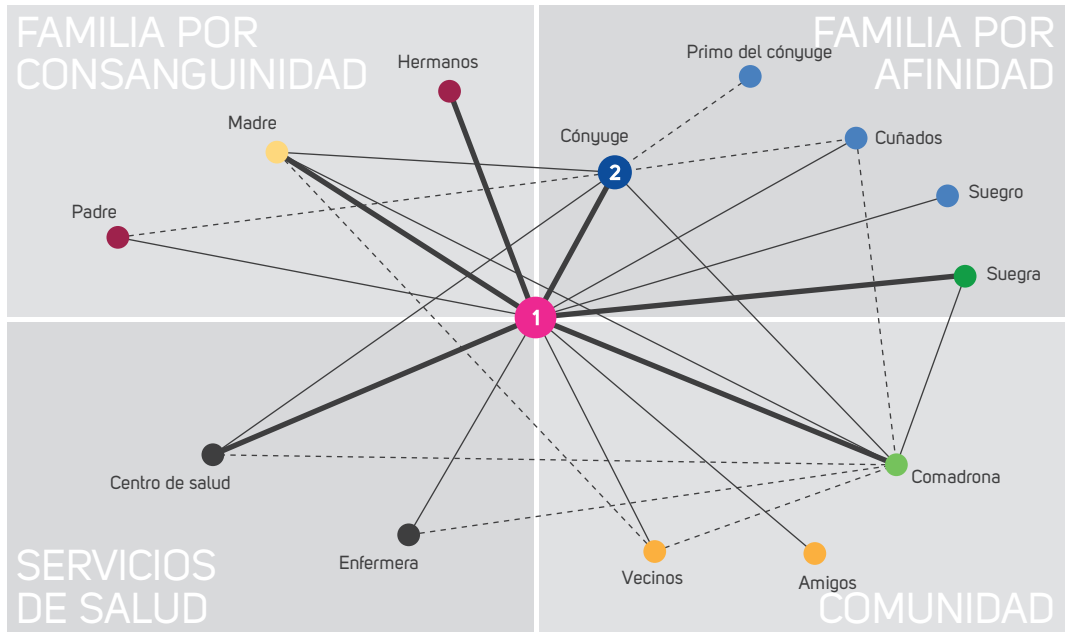


Gráfico 31. Red social en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacán, primer parto

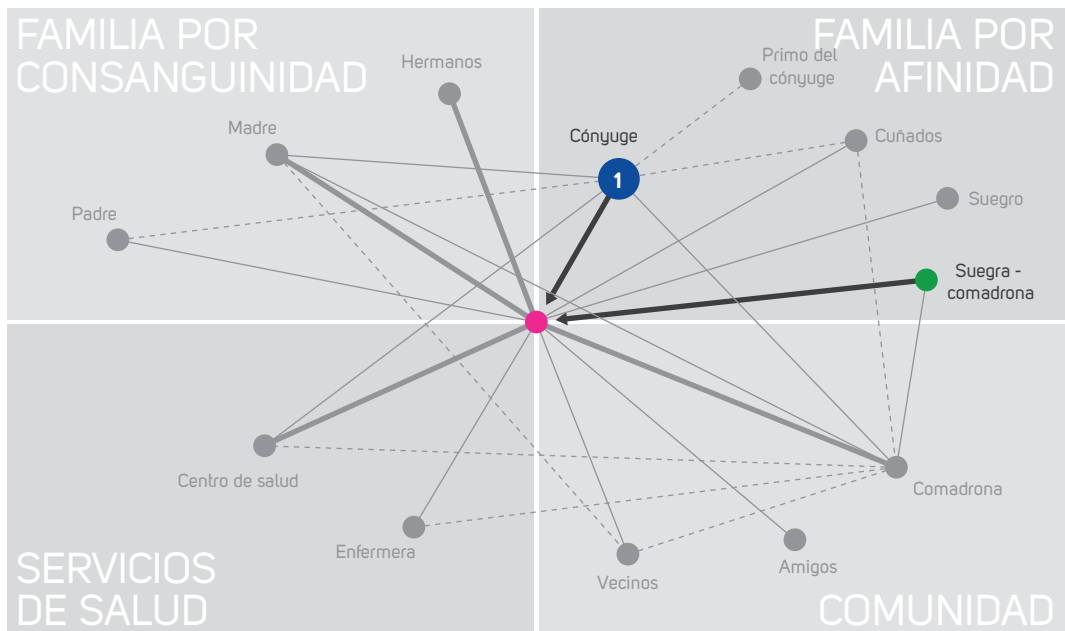


Gráfico 32. Red general en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacán, último parto

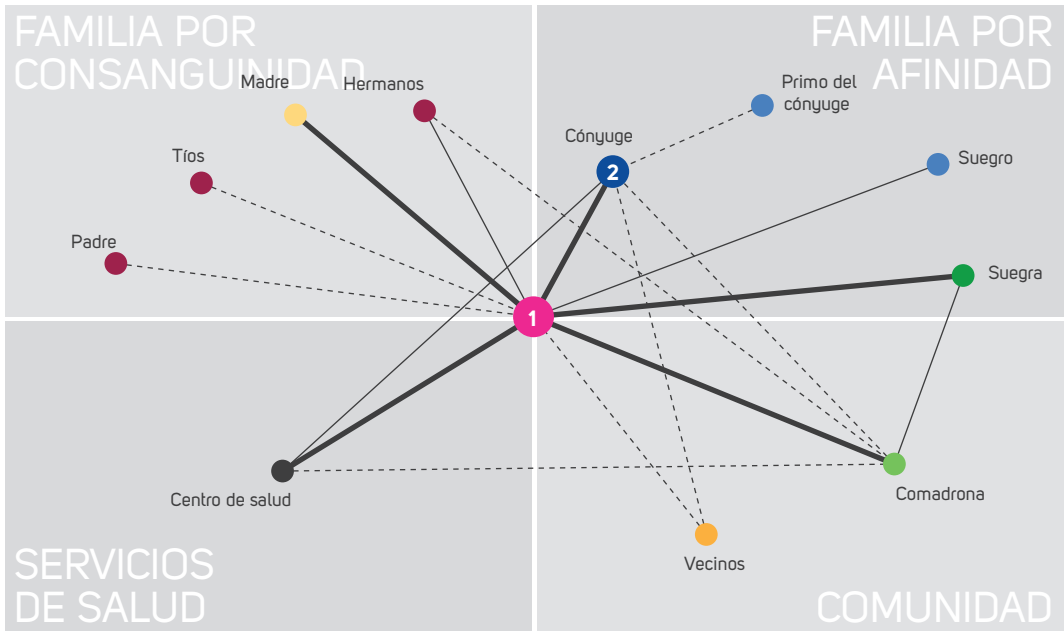


Gráfico 33. Red social en la cabecera municipal de San Idelfonso Ixtahuacán, último parto

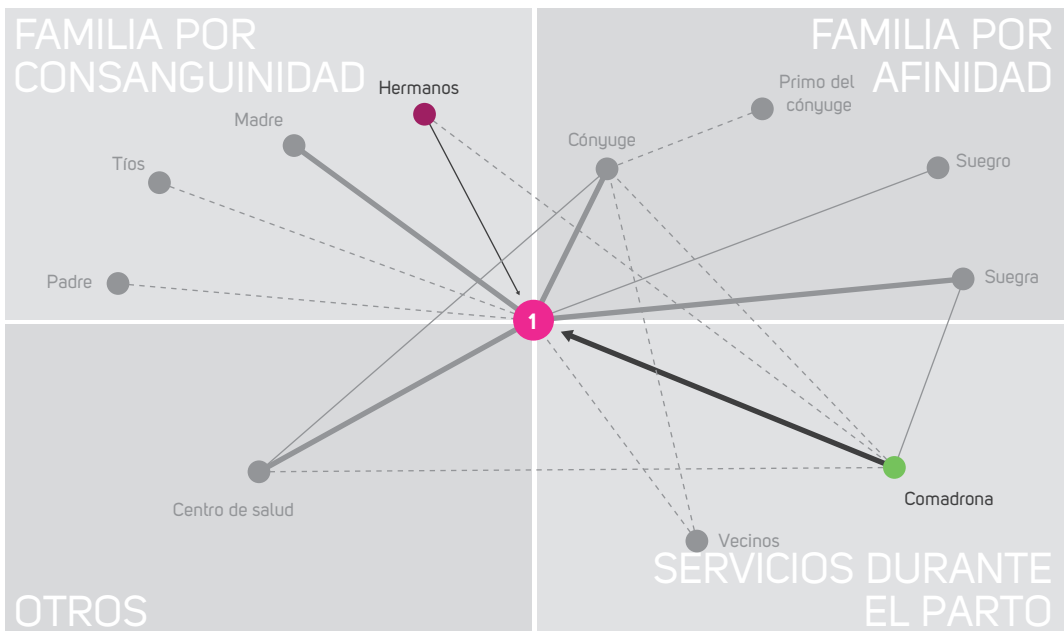


Gráfico 34. Red general en la Aldea Casaca, San Idelfonso Ixtahuacán, primer parto

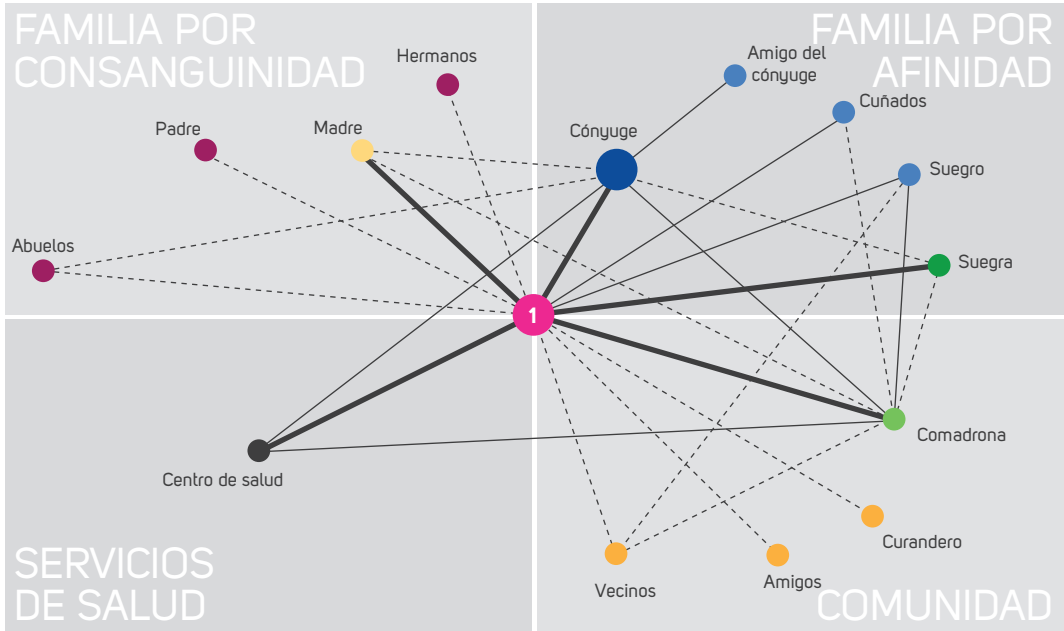


Gráfico 35. Red social en la Aldea Casaca, San Idelfonso Ixtahuacán, primer parto

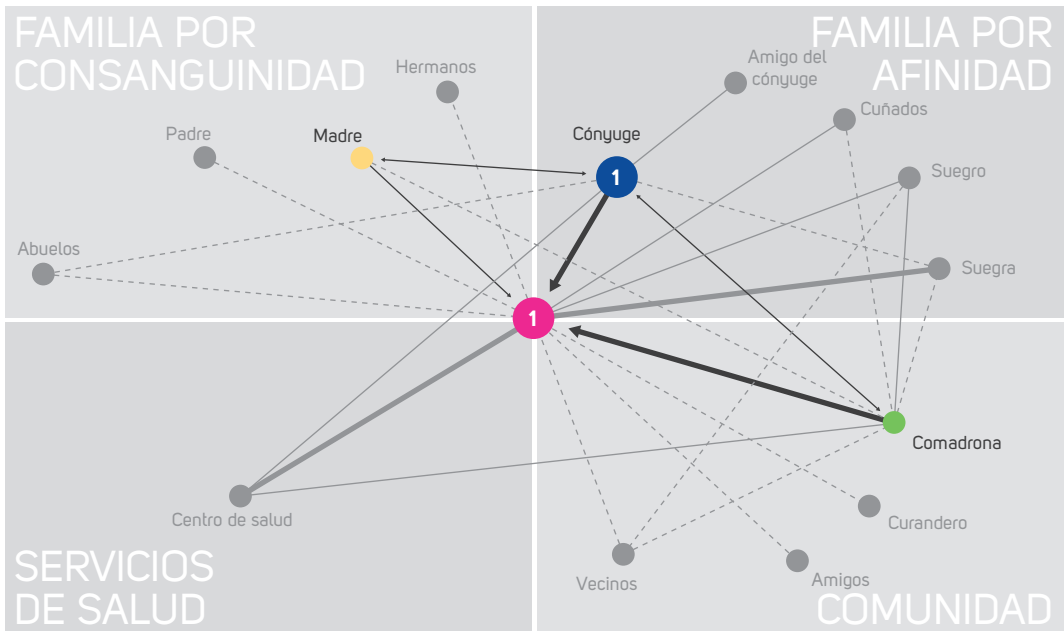


Gráfico 36. Red general en El Palmar, San Pedro Necta, primer parto

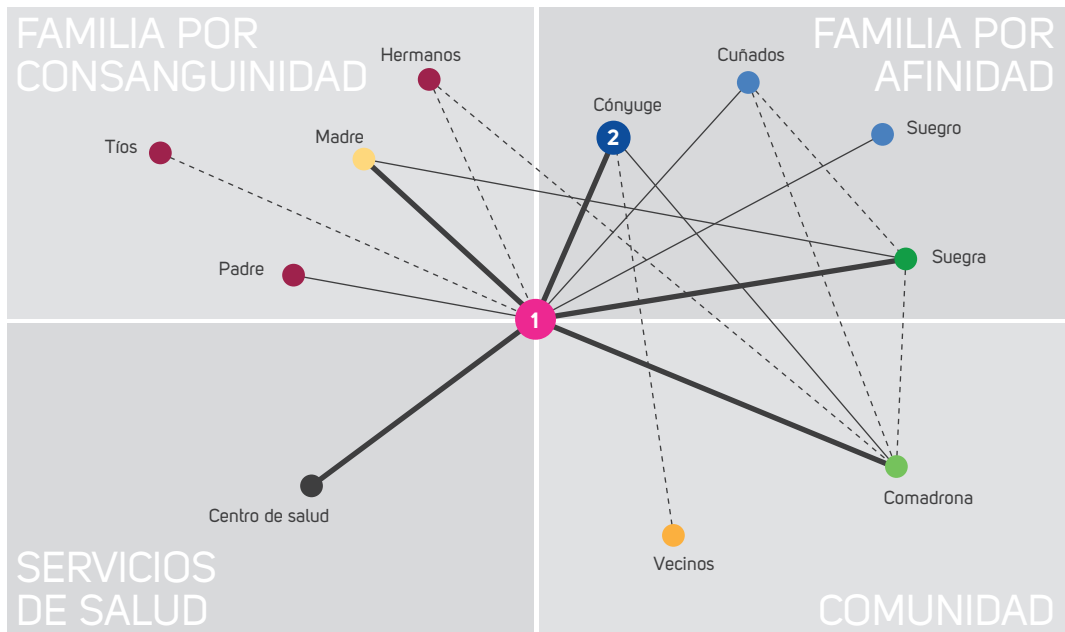


Gráfico 37. Red social en El Palmar, San Pedro Necta, primer parto

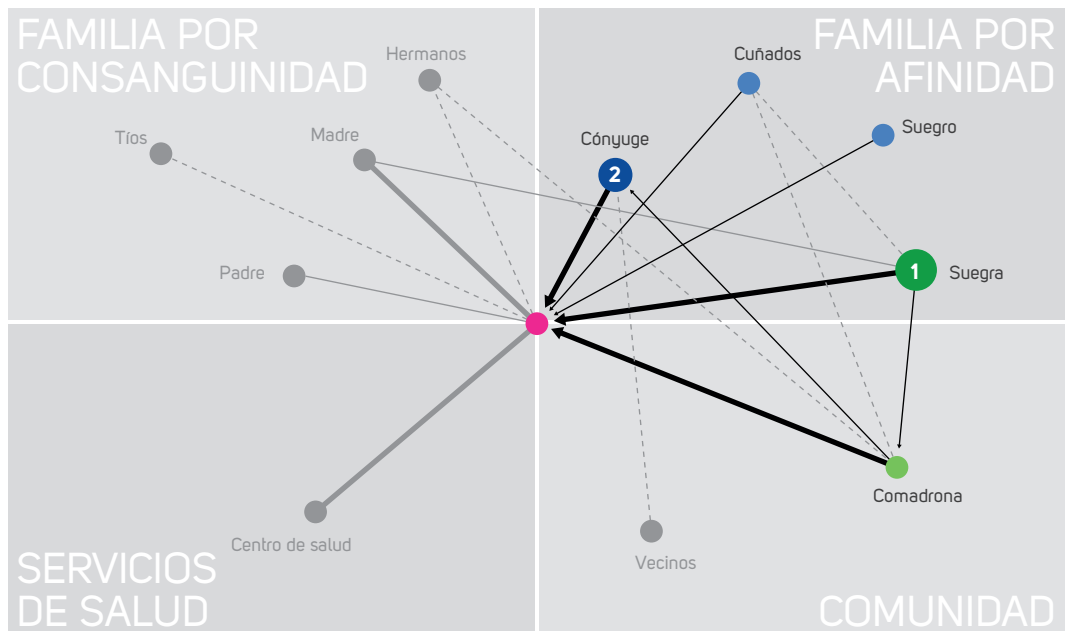


Gráfico 38. Red general en la Aldea El Palmar, San Pedro Necta, último parto

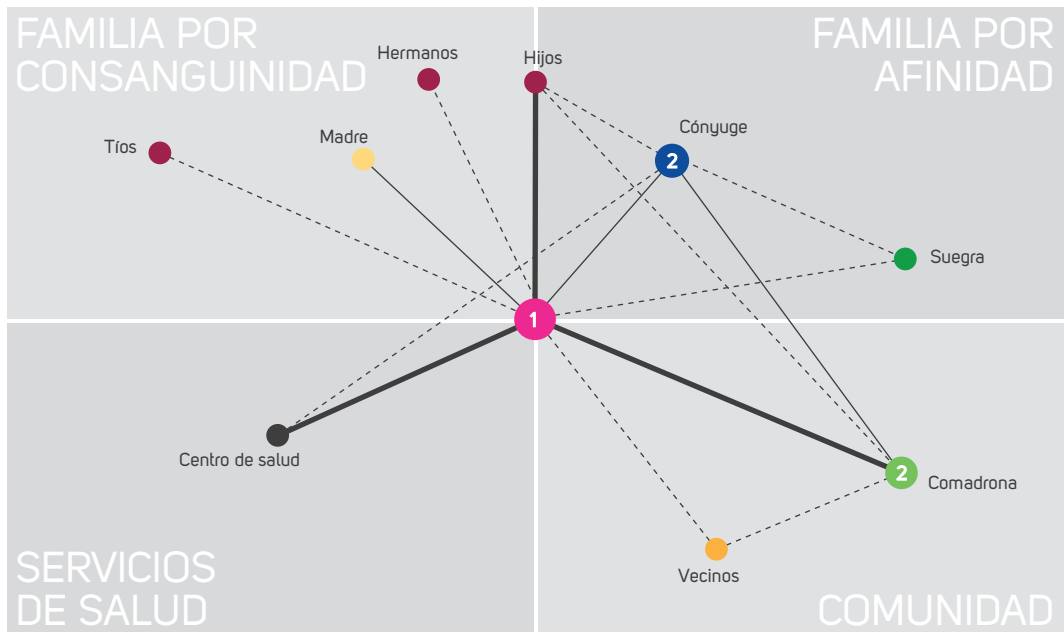
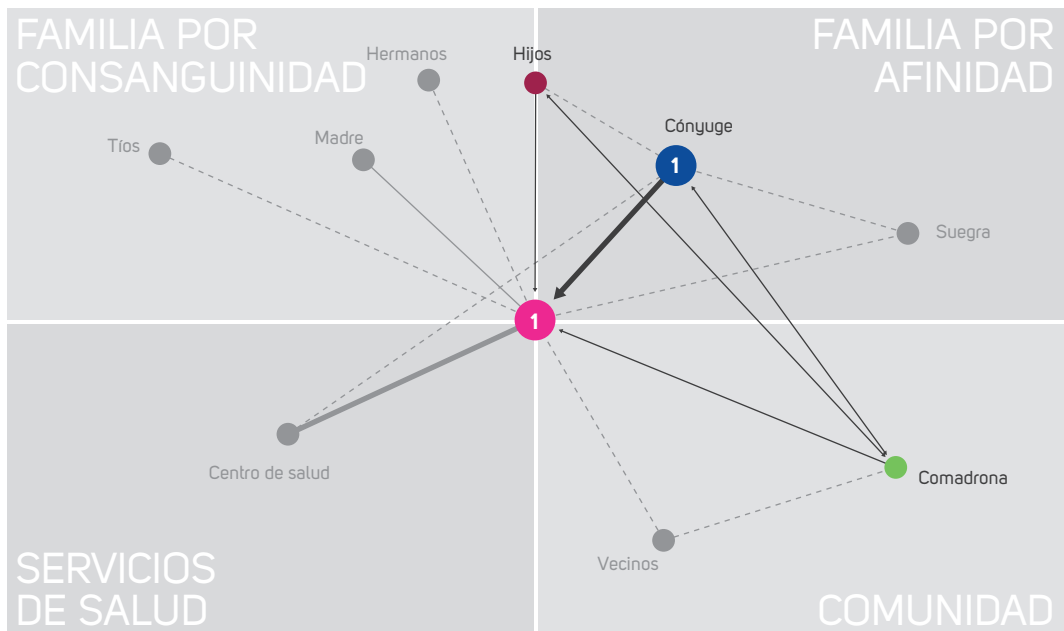


Gráfico 39. Red individual en la Aldea El Palmar, San Pedro Necta, último parto



En el Gráfico 25 se presenta la red social de una mujer de la cabecera municipal en su primer embarazo y parto. Ella vivía en la casa de los suegros donde la suegra fue la que eligió a la comadrona para los controles durante el embarazo. La mujer con su cónyuge tomaron la decisión de tener el parto en casa, con evidente influencia de la suegra. En este caso no hubo ninguna influencia en la toma de decisión del personal de salud. En contraste, el Gráfico 27 ilustra un último embarazo donde la mujer y su cónyuge ya no viven con los suegros. Aunque la comadrona fue recomendada por la suegra, las decisiones durante el embarazo y el parto las tomó la mujer.

En el Gráfico 29 se ilustra la red social para un último parto de una mujer de la Aldea Agua Tibia. En su primer parto ella y su cónyuge planearon tener su bebé en el centro de salud de la comunidad pero la mujer tuvo que ser transferida a un hospital (Nivel III) en ambulancia para tener una cesárea. Por este motivo, aunque ella quería tener su último parto en casa con la comadrona, su cónyuge decidió tener un parto institucional por miedo a otra emergencia.

San Idelfonso Ixtahuacán

En las redes de San Idelfonso Ixtahuacán la toma de decisiones están dominadas por la mujer, con el cónyuge en segundo lugar de influencia. Los actores centrales durante el primer embarazo y parto son el cónyuge, la suegra, la madre, la comadrona y el personal de salud (mayormente para el CPN). En el último embarazo y parto el único cambio observado fue la ausencia de la madre de la mujer embarazada. En la Aldea Casaca se observó que, a diferencia de la cabecera municipal, sólo la madre y la comadrona fueron frecuentemente mencionadas, no así otros miembros de la familia de la mujer o de la comunidad. Los promotores de salud y facilitadores comunitarios no fueron mencionados en ninguna de las entrevistas. En las redes de San Idelfonso Ixtahuacán nuevamente se observó una disminución en tamaño del primer al último parto.

En la cabecera municipal, una mujer quien vivía con sus suegros tuvo su bebé con la ayuda de su suegra, quien también era comadrona (Gráfico 31). Su cónyuge no le dio permiso para acudir a los CPN en el centro de salud ni tampoco para tener un parto institucional porque *“cuesta dinero”*. La familia de la mujer vivía lejos y su único apoyo durante el embarazo y parto fueron su cónyuge y suegra. Esta mujer, en su último embarazo, ya se había separado de su cónyuge y no vivía con sus suegros (Gráfico 29). Ella decidió tener el bebé con una comadrona de su gusto y un hermano le ayudó a pagar los gastos. Aunque tuvo el apoyo financiero

de su hermano y a la comadrona, nadie más la apoyó.

El Gráfico 35 muestra la red de una mujer de la Aldea Casaca quien vivía con sus suegros. Ella y su cónyuge decidieron tener el primer parto en casa con la comadrona. El día que comenzaron los dolores los suegros dejaron a la mujer sola, porque según la entrevista, no es costumbre que la suegra ayude a la nuera durante el parto. Solo cuando el cónyuge regresó del trabajo llamaron a la comadrona y a la madre de la mujer.

San Pedro Necta

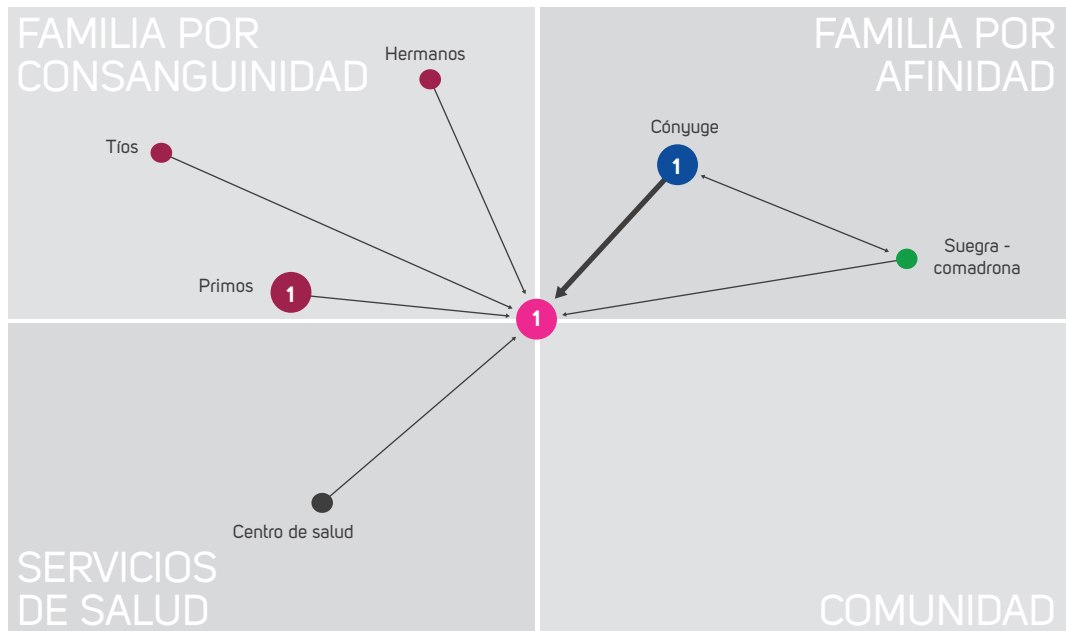
Como en otras comunidades ya mencionadas, en las redes sociales de San Pedro Necta se observó que la mujer, seguida por el cónyuge, tiene la mayor influencia en la toma de decisiones para determinar el lugar del parto, independientemente de si es un primer parto o uno subsiguiente. Los actores que aparecen en las redes con mayor frecuencia son el cónyuge, la madre, la comadrona y el personal de salud (en la gran mayoría para el CPN); la suegra raramente aparece en las redes de la cabecera municipal, y solo un poco más frecuentemente en la Aldea El Palmar.

En el Gráfico 37 se encuentra el mapa de una mujer primeriza en la Aldea El Palmar quien vivía con sus suegros. Su suegra y cónyuge decidieron que el parto sería en casa. Los cuñados y el suegro apoyaron a la mujer durante el parto y nadie llamó a la familia de la mujer. Otra mujer, en su más reciente embarazo, como *“ya tenía experiencia”* decidió con su cónyuge no acudir a ningún tipo de CPN (Gráfico 39) y tener el parto en casa. En el momento del parto, ella mandó a llamar solo a sus hijos mayores y a una comadrona para que la apoyaran.

Emergencias obstétricas

En casos de emergencias obstétricas, el cónyuge, la comadrona y el personal de los centros de salud (Nivel I) tienen mayor influencia en la toma de decisiones, mientras que el cónyuge es el principal tomador de decisiones. Las madres y suegras siguen teniendo influencia. La comadrona es quien, de acuerdo a su experiencia, determina si es necesario trasladar a la mujer desde su casa a un ES. Por lo tanto, su influencia y poder dentro de la red aumenta durante emergencias obstétricas. La familia se reúne para decidir qué hacer en estas circunstancias y en este proceso el cónyuge tiene la última palabra, con posible influencia de su madre u otro familiar. Si existen gastos asociados con el traslado o los servicios de salud, él es quien tiene la responsabilidad de cubrirlos.

Gráfico 40. Red individual en la aldea El Palmar, 5º embarazo, emergencia obstétrica



“En el caso de emergencia llevaríamos [a la mujer] al centro de salud, hablaríamos entre los familiares de ella, cada quien daría su opinión pero quien toma la última decisión sería yo como esposo, el papá y yo iríamos con ella al centro de salud; contrataríamos un vehículo de algún vecino” (Aldea Agua Tibia, Comitancillo).

Entre las familias que tuvieron una emergencia obstétrica en el primer parto, solo el 41% decidió tener su siguiente parto en un ES. Las razones por las cuales prefieren quedarse en casa aun en casos de emergencias obstétricas incluyen experiencias negativas de la familia con los ES, miedo a ser maltratados, deseo de mantener sus tradiciones, falta de recursos para cubrir el costo del traslado y la falta del reconocimiento de las señales de peligro.

A pesar de que son pocas las historias en que intervinieron los vecinos, amigos y otros actores fuera de la familia, se evidencia que los vínculos que las mujeres construyen con estos pueden tener un gran impacto, no solamente por el apoyo para movilizarse hacia un ES, sino también para tomar una decisión o movilizarse en situaciones de emergencia. Por ejemplo, en su octavo parto en casa, una mujer de San Pedro Necta tuvo una complicación al no salir la placenta. Su vecina identificó la complicación y recomendó ir a un ES. En el

grafico 40, una mujer de la aldea El Palmar, los primeros cuatro partos fueron normales y en casa, por lo tanto no se consideró necesario acudir a un centro de salud para realizar CPN o tener un parto institucional. Las contracciones le vinieron prematuramente y llamaron a la suegra, quien también era comadrona. Al darse cuenta de que el bebé no nacía, llamaron a los primos, tíos y hermanos de la mujer. Los primos consiguieron un auto y pagaron por el transporte al hospital. Para un próximo parto, esta mujer y su familia no piensan utilizar los servicios de salud, al menos que haya otra emergencia; las razones que mencionan son percepciones de maltrato, la falta de comida y el frío.

Discusión

Los actores con mayor influencia durante el embarazo y parto fueron la mujer parturienta, su cónyuge, suegra, madre y comadrona. Con la excepción de las cabeceras municipales de San Idelfonso Ixtahuacán y San Pedro Necta, las suegras y madres de la mujer tuvieron la mayor influencia en las decisiones sobre los cuidados prenatales durante un primer embarazo. Durante los embarazos subsiguientes, las mujeres mismas tienen la mayor influencia en la toma de decisión. El cónyuge también tiene gran influencia y muchas veces es un tomador de decisión sobre el lugar del

parto. Las comadronas y otras mujeres con experiencia dentro de las familias aparecen como fuentes de consejos y sabiduría y por ende como influencias poderosas en las decisiones tomadas por la pareja (mujer y cónyuge). El personal de los centros de salud influye solo en los controles prenatales, y no aparece como actor en las redes en la mayoría de los partos normales. La decisión de dónde y con quién tener el parto tiende a estar asociada con la disponibilidad de recursos de traslado a un centro de salud, la tradición, el nivel de comodidad deseado por la mujer, y las experiencias positivas o negativas de aquellos que han tenido sus partos en centros de salud.

El análisis de la estructura de las redes demuestra que el tamaño de las redes sociales disminuye entre un primer parto y uno subsecuente. Las redes sociales por lo general consisten en entre dos y 13 actores, incluyendo a la mujer embarazada. La estructuración de las redes sociales incluye mayormente a miembros de la familia de la mujer y del cónyuge, y a la comadrona. En pocos casos incluye al personal de salud, amigos, vecinos, y facilitadores comunitarios. No se halló una gran diferencia entre las redes sociales de las cabeceras municipales y las aldeas, ni en tamaño ni en estructura, aunque sí entre municipios. El personal de salud mayormente aparecía como actor central durante los CPN y emergencias obstétricas, pero casi nunca durante los partos normales. En San Pedro Necta, el número de personas que prefiere un parto institucional es mayor que en los otros municipios. Esto se puede atribuir en parte a la antigüedad de los servicios y mayor capacidad resolutive del hospital.

Las redes sociales disminuyen en tamaño de un primer parto a uno subsecuente, con un promedio de 4,2 a 3,4 actores durante el embarazo y de 5,1 a 4,3 actores durante el parto. También la influencia en la toma de decisiones se transfiere de las suegras y madres en el primer embarazo, a

la propia mujer en los embarazos subsecuentes. Además de la experiencia acumulada por la mujer que ya tiene uno o más hijos, se encontró un cambio en su contexto ambiental como explicación potencial para este efecto. Al estudiar la vivienda, se observó que la mayoría de mujeres vivían con sus suegros durante el primer parto (61,3%) en patrones de residencia patrilocales, mientras que para los partos subsecuentes un 75,6% vivían con su cónyuge aparte en residencias propias o neolocales. También se encontró la tendencia de las mujeres a acudir a los centros de salud con más frecuencia si vivían solas o carecían del apoyo de familiares, vecinos y otros actores.

En situaciones de emergencia obstétrica, la evidencia muestra que es el cónyuge, influenciado por las recomendaciones de la comadrona y/o su madre, quien tiene el mayor poder de decisión para acudir o no a un ES. Las redes sociales de apoyo crecen en comparación con los partos normales, a un promedio de siete actores (rango: 3-13), pero tienen una composición similar. Si la familia no cuenta con una comadrona capacitada y planifica el parto en casa con algún familiar que supuestamente sabe atender partos, la probabilidad de no reconocer las señales de peligro es más alta y se incrementa la probabilidad de demora en llegar a un ES. En esta situación el cónyuge es quien decide y puede ser influenciado tanto por su madre o suegra como por los recursos disponibles y sus percepciones de la calidad de atención que recibirá en el centro de salud. Si la comadrona está presente, ella indica la referencia, pero la familia es la que decide sobre el traslado y el cónyuge tiene la última palabra. El personal de los centros de salud toma las decisiones de traslado al Nivel II sin oposición de la familia, si es necesario. En esta etapa, las demoras en el acceso a la atención médica surgen cuando el personal de salud proporciona un diagnóstico errado y la referencia se realiza tardíamente.

Capítulo 6

Panamá

Resumen ejecutivo

El crecimiento económico de Panamá ha sido uno de los más altos de Latinoamérica: el incremento promedio del PIB fue más de 8% entre 2006 y 2012¹⁰³. Este incremento económico se ve reflejado en la mejora de indicadores sociales como la pobreza extrema que disminuyó de 21% a 11% de 2002 a 2011, y la esperanza de vida aumentó de 74,8 a 75,7 entre 2003 y 2008¹⁰⁴.

No obstante, Panamá todavía es un país de profundas inequidades, las cuales se reflejan en los indicadores de la salud materna e infantil de comunidades indígenas. “Mientras el 99% de las mujeres urbanas de Panamá da a luz con asistencia médica especializada, el 55% de las mujeres indígenas trae a sus hijos al mundo sola o atendidas únicamente por una partera¹⁰⁵”. La tasa de mortalidad materna (TMM) en la Comarca Guna Yala es siete veces mayor al promedio nacional¹⁰⁶. Igualmente, la prevalencia de VIH en la comarca Guna Yala es dos veces más alta que la prevalencia nacional¹⁰⁷.

Resultados

Para el presente estudio, se realizaron 109 entrevistas con mujeres, hombres, parteras, personal de salud y otros actores de 5 comunidades pertenecientes a la comarca Guna Yala y Embera Wounaan. El análisis de resultados reveló que en ambas comarcas, la estructura de la red social se centra en la familia (particularmente mujeres adultas). En Guna Yala, el guía espiritual ‘*nele*’, y médico tradicional ‘*inaduled*’ también conforman parte de la red social y son influencias poderosas en las decisiones respecto al lugar del parto; sin embargo su influencia es subestimada por los servicios de salud. El líder comunitario ‘*saila*’ no participa directamente en las decisiones, pero tiene mucha influencia indirecta.

En ambas comarcas, las mujeres emergen como tomadoras de decisiones en su propia salud, pero sus decisiones no se toman en un contexto autónomo, sino que están profundamente interconectadas a su red social. Los patrones de residencia matrilocales en Guna Yala dan poder a la

103 Banco Mundial. 2013. Panamá: panorama General. <http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>.

104 Panamá. 2008. Encuesta de Niveles de Vida (ENV).

105 UNFPA. *Cuarto dossier temático de UNFPA, dedicado a interculturalidad y salud materna*.

106 INEC. 2006-2010. <http://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P3791221-05.pdf>.

107 The World Bank. 2006. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Panamá: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. Latin America and the Caribbean and the Global HIV/AIDS Program.

día madre-hija, por lo tanto la madre (de la mujer embarazada) es el actor principal de la red y ella es la tomadora de decisiones (en especial para un primer parto). Los patrones patrilocales de la Comarca Embera-Wounaan dan potestad a la díada cónyuge-mujer, siendo la pareja quien decide. En esta Comarca el cónyuge es el actor principal, al extremo que en la comunidad de Marragandi existen varios casos de hombres “parteros” (ejercen el rol de la partera pero solo atienden los partos de sus cónyuges).

El tamaño promedio de la red (6-7 actores en Guna Yala y 5-6 actores en Embera-Wounaan) tiende a disminuir de un primer a un subsiguiente parto. Esto se debe a la percepción de que las mujeres adultas, por tener experiencia en el parto, son menos susceptibles a complicaciones, y por tanto requieren menos apoyo de su red social. Sin embargo, estas mujeres tienen mayores vulnerabilidades tanto por necesitar apoyo con el cuidado de los niños mayores, como así también por su edad y mayor riesgo de complicaciones. En las comunidades de Embera-Wounaan, existe una amplia heterogeneidad en el tamaño de las redes, como en Marragandi por ejemplo, donde solo el cónyuge estuvo presente, o varios casos de mujeres que estuvieron solas durante el parto.

Durante una emergencia obstétrica, las redes sociales aumentan en tamaño, incluyendo 1 a 3 actores extras quienes tienden a ser miembros de la red personal del cónyuge, por lo general otros varones, como vecinos, amigos, compañeros de trabajo o familia del cónyuge. El rol principal de estos actores es apoyar en la movilización de la mujer a un ES, ya sea por tener recursos directos (lancha, carro) o por tener vínculos con personas que ofrecen estos recursos. Asimismo, durante emergencias obstétricas existe una amplia variabilidad en tomadores de decisión, desde la mujer, el cónyuge, la madre, hasta la partera, la tía, promotores de salud, etc., lo cual apunta a la complejidad de las emergencias como así también a tomadores de decisión y rutas de acción esporádicas.

Antecedentes

El documento “Pueblos Indígenas de Panamá: una bibliografía” ofrece una extensa y exhaustiva revisión de la literatura relacionada con los pueblos indígenas de Panamá desde 1950 hasta 2010.

Según esta revisión, son pocos los estudios relacionados con la salud materna, prácticas culturales, y toma de decisiones en las comunidades indígenas, y lo poco que existe es de hace más de 15 años. En el marco de la Iniciativa SM2015 y del BID, se realizaron dos estudios cualitativos sobre las barreras de la oferta y demanda por servicios de salud en los pueblos indígenas de Panamá. Estos estudios concluyen que:

- i. hay una aceptación y una utilización creciente de los servicios de salud;
- ii. las brechas en el acceso y el uso de los servicios de salud se deben en parte a que no se han resuelto las brechas sociales, culturales y de idioma;
- iii. la exclusión geográfica y la falta de transporte e infraestructura y los costos directos e indirectos refuerzan las brechas culturales en la salud;
- iv. la incorporación de servicios de salud intercultural en los servicios de salud contribuiría a ampliar la utilización de estos servicios por parte de las comunidades indígenas.

Asimismo, estos estudios resaltan que “la falta de capacidad resolutoria en el segundo nivel de atención relacionado con la falta de especialistas gineco-obstetras, así como problemas relacionados con el sistema de referencias en casos de complicaciones del embarazo y parto es un problema mayor para los usuarios⁵⁹”.

Un estudio realizado en 2009 en la comarca Ngabe-Bugle menciona que las mujeres entrevistadas reconocieron muchos de los riesgos de dar a luz en casa. No obstante, también mencionaron los obstáculos para la utilización de los servicios de salud: costos económicos, la falta de respeto por las normas culturales alrededor del parto (parto vertical, baños de agua caliente), percepciones de maltrato por parte de los proveedores y la falta de alimentos culturalmente apropiados después del parto. Se registraron dificultades en el transporte hacia y desde las instalaciones, así como el temor de que las mujeres se vean obligadas a salir del hospital a veces cuando no hay transporte disponible¹⁰⁸. Otro estudio señala que la comarca Guna Yala está fuertemente enraizada en costumbres relacionadas con la salud. Este estudio menciona la importancia del vínculo entre

59 Op. Cit. 59.

108 Quintero, B. 2009. *Diagnóstico de necesidades insatisfechas y línea basal cualitativa hacia una propuesta de modelo de atención intercultural en la Comarca Ngabe-Bugle, corregimientos pobres aledaños.*

el mundo espiritual, el bosque y el ser humano. Por esto, el médico tradicional tiene un rol esencial en curar los malestares físicos y espirituales¹⁰⁹.

Otros estudios a nivel regional mencionan que la estructuración de “las relaciones de género y generacionales configuran la red social de la embarazada y son el resultado de los vínculos

creados por el matrimonio e inclusive durante el noviazgo, definiendo la vida futura de la mujer¹¹⁰”. Todo lo anterior apunta a la necesidad de entender el contexto en el cual se toman las decisiones, incluyendo la calidad técnica de la atención, las barreras geográficas, económicas, y socioculturales a su utilización, así como las relaciones sociales y de género que inciden en el proceso decisorio.

Cuadro 16. Características demográficas y socioeconómicas de los estudios de caso

Comarca Embera-Wounaan¹¹¹

Fue creada en 1983 bajo la ley No. 22 del 8 de noviembre de 1983; se encuentra ubicada en la provincia de Darién al extremo oriental de Panamá y está conformada por dos áreas geográficas y administrativas: Distrito de Cemaco y distrito de Sambu¹¹².

La comarca posee una extensión de 4382, 5km² y según el censo de 2010, tiene una población indígena de 9,544 habitantes dividida entre Emberas y Wounaan representando un 7,9% y 2,4% del total de la población indígena de Panamá. Los Embera y Wounaan hablan diferentes lenguas —embera y wounaan meu— pero poseen las mismas instituciones y autoridades políticas. La organización política de la comarca se basa en un congreso regional, donde el Cacique general es la primera autoridad.

Históricamente, la principal fuente de ingreso económico en esta comarca ha sido la actividad agrícola, en particular la producción y comercialización del plátano verde. También se observa la caza y pesca y la recolección de frutales del bosque como actividades importantes de sustento¹¹³.

Comarca Guna Yala

Fue creada bajo la ley Segunda del 16 de septiembre de 1938 y se encuentra localizada en la costa este del caribe panameño. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con la provincia de Darién, al este con Colombia y al oeste con la provincia Colon, en una extensión de 375 km².¹¹⁴

La Comarca está compuesta por un archipiélago de 365 islas de las cuales 49 están habitadas y son de difícil acceso por requerir bote o avión para poder llegar a ellas¹¹⁴. Según el censo de 2010, la comarca Guna Yala posee un total de 31.577 habitantes¹¹⁵. La comarca posee su propia organización política que consiste en un congreso general de la cultura Guna, que es la máxima autoridad conformada por los Sailas (representantes) de todas las comunidades de la comarca. El congreso Guna tiene una junta ejecutiva que está formada por tres caciques, un secretario general y un tesorero¹¹⁶.

En esta comarca la lengua materna es el guna, lengua que forma parte de la familia lingüística chibcha¹¹⁷, y también se habla el español como segunda lengua. La agricultura es la actividad económica primaria en la comarca, aunque en los últimos años se ha visto un auge en las actividades del turismo y la comercialización de artesanías (molos), como así también la pesca (para subsistencia y venta).

109 Castillo, B. 2005. *Fortalecimiento de los conocimientos medicinales del Pueblo kuna en Panamá. Proyecto “recuperación de los cantos orales medicinales Kuna.”* Centro de documentación de las minorías.

110 Freyermuth, G. 2000. *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad.* Universidad Autónoma de México.

111 “La comarca es una división política especial del territorio panameño, regida de acuerdo a la ley que la crea y a las normas, costumbres o cosmovisión del pueblo o pueblos indígenas que los habitan, basada en las instituciones tradicionales indígenas creadas de acuerdo a sus valores espirituales, sociales, económicas, culturales, jurídicas y políticas, cuya autoridad máxima es el Congreso General Indígena o el Consejo Indígena o la entidad política creada por ellos, cuyo representante es el Cacique o una autoridad tradicional elegido por ellos de acuerdo a su tradición.” (Castillo, 2005. *Autonomía Indígena*).

112 Dogirama, E. 2009. *Informe taller Comarca Embera-Wounaan.* Coordinadora Nacional de Pueblos indígenas de Panamá (COONAPIP).

113 Rivas, F. 2009. *Marco institucional de los Pueblos Indígenas de Panamá.*

114 Bodnar, Y., Lopez, E. 2009. *Temas interculturales y de género para la expansión del sistema de protección social.* Banco Interamericano de Desarrollo.

115 Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá. 2010. *Censo de Población y Vivienda 2010.*

116 Rosales, C. 2007. *Autogobierno indígena en la Comarca Guna Yala en Panamá. Cuaderno 2: Poderes paralelos en México y Panamá.*

117 Rodríguez, E. 2011. *Guna Yala: el archipiélago de San Blas, Panamá.* <http://caxigalinas.blogspot.com/2011/10/kuna-yala-el-archipiélago-de-san-blas.html>.

Oferta de Servicios de salud del MINSA en las comarcas Embera-Wounaan y Guna Yala

Según el documento “Listado de instalaciones de salud, 2010-2011” la región de salud del Darién, en la cual se encuentra la comarca Embera-Wounaan y la región de salud de la comarca

Guna Yala cuentan con establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, como hospitales, centros de salud con cama, subcentros de salud y puestos de salud. Sin embargo, estas regiones de salud no cuentan con servicios de atención especializados obstétricos, por lo que en los casos de emergencias obstétricas es necesario realizar referencias, por vía acuática, terrestre y

Cuadro 17. Estudios de caso en las comarcas Guna Yala y Embera Wounaan

COMARCA						
Variable	Guna yala			Embera		
Comunidad	Carti Muladup	Soledad Mandinga	Aguadup	Lajas Blancas	El Salto	Marragandi
Red de atención	Fija	Itinerante	itinerante	Fija	itinerante	itinerante
Distancia a es	<1 hora	>1 hora	>1 hora	<1 hora	>1 hora	>1 hora
ES	Centro de salud Carti			CMI Meteti y Subcentro de salud de Lajas blancas		
Vías de acceso a ES	Acuático Mar (lancha a motor)			Terrestre y acuático Río (piragua)		

Mapa 2. Mapa de focalización del trabajo de campo

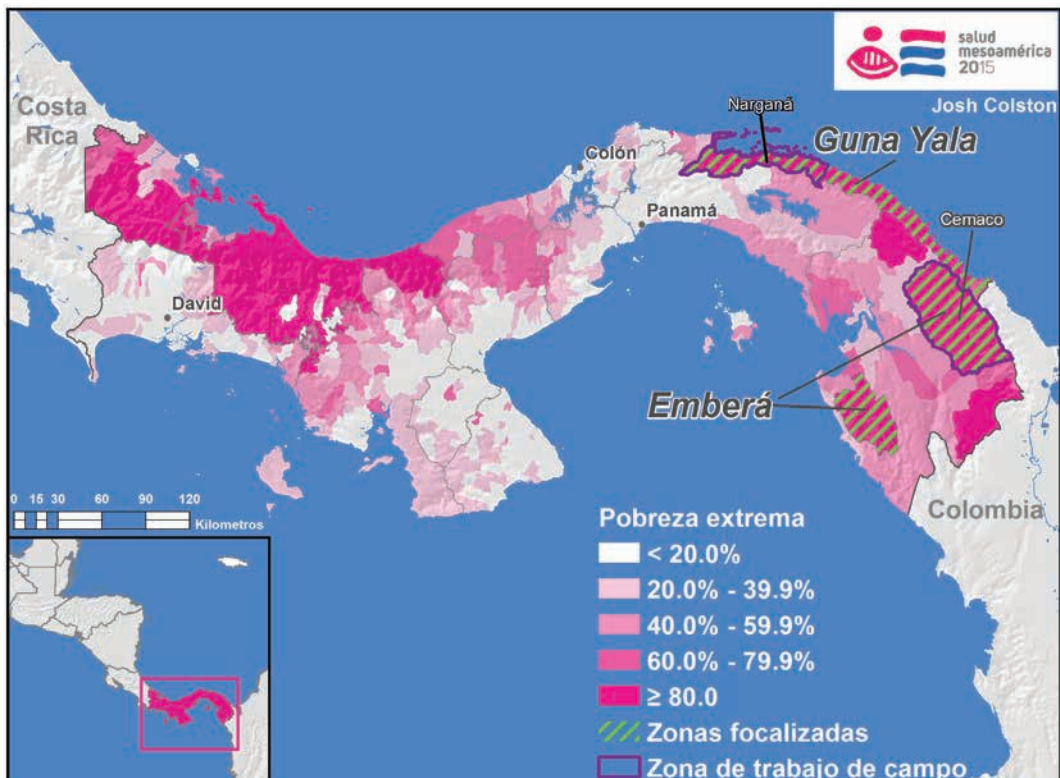


Tabla 6. Descripción demográfica de los participantes en la comarca Guna Yala y Embera-Wounaan

VARIABLE		GUNA YALA		EMBERA			TOTAL	
		Carti Muladup	Aguadup	El Salto	Lajas Blancas	Marragandi	Total	
		N	N	n	N	n	n	%
Género	Mujeres	13	8	12	13	13	59	65,6
	Hombres	8	1	1	9	12	31	34,4
Subtotal		21	9	13	22	25	90	100
Edad del Entrevistado	\bar{x}	30,4	27,9	31,3	26,9	34,5	30,7	
Educación	Ninguna	7	5	3	3	4	22	24,4
	Primaria	5	4	7	11	19	46	51,2
	Secundaria o+	9	0	3	8	2	22	24,4
Estado Marital	Casado(a)/ unión Libre	16	7	9	15	22	69	76,7
	Soltero(a)/ Viudo(a)	5	1	2	2	2	12	13,3
No. de Embarazos*	\bar{x}	3,5	3,8	7,7	6,6	6,9	5,8	
	Rango	(2-7)	(2-6)	(2-13)	(2-11)	(2-13)	(2-13)	
Edad en primer parto	\bar{x}	20,15	20,44	18,5	18,94	20,76	19,7	
	Rango	15-26	(16-27)	(13-28)	(15-31)	(13-33)	(13-33)	
Partos en casa/No. total de partos		19/56	10/27	34/73	27/66	115/136	205/358	57,3
Partos en establecimiento de salud /No. total de partos**		33/56	15/27	26/73	39/66	16/136	129/358	36,0

ACTORES DE LA RED

Parteras	2	2	-	1	1	6	-
Proveedores de salud	1	-	-	1	-	2	-
Proveedores de salud comunitarios	-	-	1	1	1	3	-
Actores comunitarios	4	2	1	-	1	8	-
Subtotal	7	4	2	3	3	19	-
Total (Σ de los subtotales)	28	13	15	25	28	109	

* Solo mujeres multiparas y hombres con 2 o más hijos.

** Se excluyeron los partos donde el/la entrevistado(a) no estaba seguro del lugar de parto.

aérea, hacia instalaciones de segundo y tercer nivel de atención fuera de la provincia, como el Hospital Santo Tomás, Hospital de Chepo y de la Caja de la Seguridad Social Panameña.

Ambas comarcas también son parte de la *Estrategia de Extensión de cobertura de servicios básicos*

de salud y nutrición (EEC). La EEC consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud, y cuenta con dos modalidades provistas de equipos básicos de salud extrainstitucionales y de equipos básico de salud institucionales llamados “Giras Institucionales” o itinerantes¹¹⁸.

Características de los participantes

Se realizaron 90 entrevistas con mujeres y hombres de 5 comunidades pertenecientes a la comarca Guna Yala y Embera Wounaan. Asimismo, se realizaron entrevistas con 6 parteras, 2 proveedores de salud, 3 proveedores de salud al nivel comunitario, y 8 actores de la comunidad (ver cuadro 13).

La edad promedio de los entrevistados es de 30,7 años; 51,2 % tiene educación primaria, y el 76,7 % se encuentra en algún tipo de unión marital (casado/ unión libre). El promedio de embarazos por mujer es 5,8, con diferencias magnas entre comarcas: en la comarca Guna Yala, el promedio de embarazos por mujer es 3,7, mientras en la Comarca Embera-Wounaan el promedio de embarazos es de 6,3. En la Comarca Embera-Wounaan, 64% de los partos fueron en casa, mientras que en la comarca Guna Yala el porcentaje fue de 39%.

Descripción de las redes sociales

Embarazo y controles prenatales (CPN)

El 13,6% y el 26,5% de las mujeres embarazadas no tuvo ningún CPN durante un primer o último

embarazo respectivamente. Por lo general las mujeres van solas a las citas médicas, o a veces acompañadas por sus madres, cónyuges o algún familiar femenino. Este acompañante no entra a la sala de atención porque existe la percepción de que solo la mujer embarazada puede entrar a la sala de atención y algunos entrevistados declararon que el personal de salud prohíbe la entrada de los acompañantes.

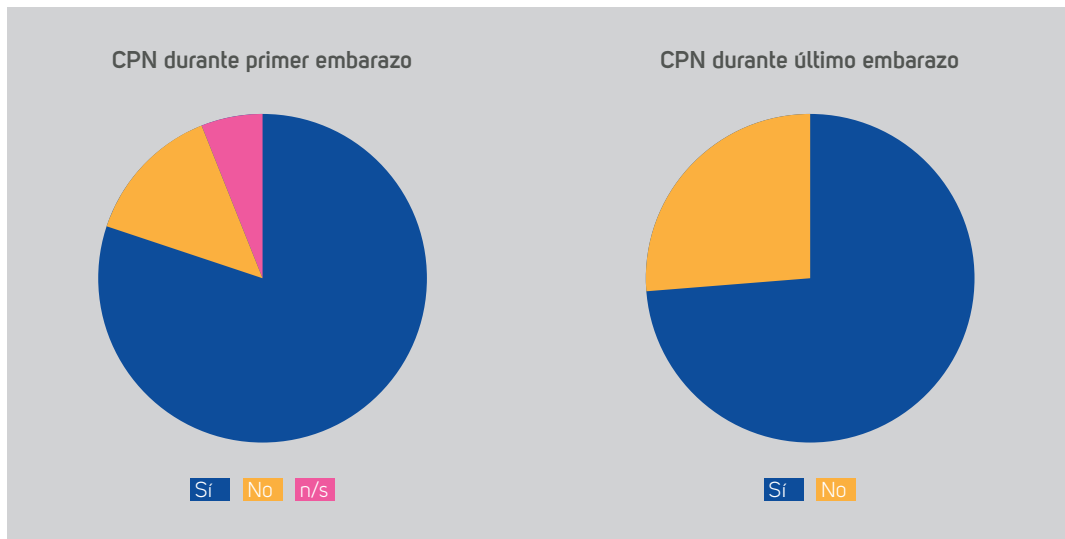
Una principal limitación a la asistencia de los CPN, tanto entre mujeres primíparas y múltiparas serían los costos asociados al traslado, como la percepción de que los CPN no son importantes para las mujeres múltiparas porque ellas “*ya tienen experiencia*”.

Moderador: *¿y su esposo iba con ella [a los CPN]?*
Entrevistada: *él me llevaba pero no entraba porque no lo dejaban entrar.* (F-27, Guna Yala¹¹⁹).

Entre las mujeres jóvenes (<21 años) y/o primíparas, la madre es por lo general quien recomienda la asistencia a los CPN. Fueron poco casos donde se observó la influencia de actores de los servicios de salud (promotores de salud) y actores de la comunidad (amigas, vecinas o la profesora de la escuela).

“Mi mamá me decía que es importante hacer controles cuando uno se embaraza”
(F-20, Embera-Wounaan).

Gráfico 41. Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo



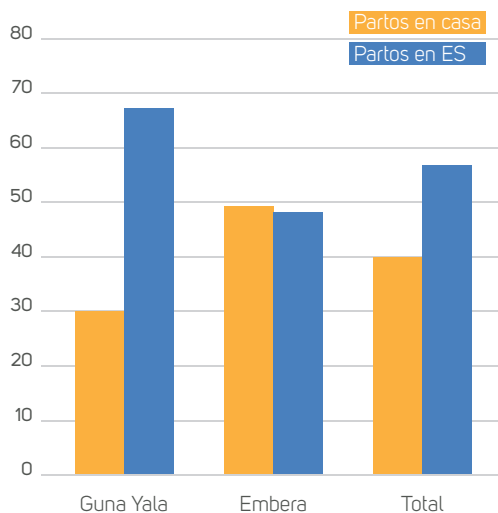
119 La letra mayúscula representa el sexo del participante y el número su edad.

En la comarca Embera-Wounaan las giras itinerantes aparecen como actores e influencias importantes en la provisión y recomendación del CPN. En la comunidad de Lajas Blancas, la presencia de un subcentro de salud ha incrementado la asistencia al CPN, sin embargo, este subcentro no ofrece exámenes clínicos, y por ende las personas deben ir a otro centro fuera de la Comarca. El resultado es que la gran mayoría de personas no realiza esta movilización y no cuenta con los exámenes.

En la comarca Guna Yala, las mujeres embarazadas tienen el CPN en el centro de Salud Carti (que ofrece también exámenes de sangre y orina), y paralelamente, las mujeres embarazadas tienen controles con el guía espiritual y médico tradicional, quienes son actores claves durante el embarazo e influencias poderosas en las decisiones sobre lugar del parto. El guía espiritual (*nele* en la lengua guna), puede ser hombre o mujer y según las entrevistas, tiene la capacidad de predecir a través de sueños y/o videncias, complicaciones durante el embarazo y parto, como la posición y el sexo del bebé.

El médico tradicional, (*inaduled* en la lengua guna), es quien prepara la medicina tradicional con plantas según las recomendaciones del guía espiritual. Los *inaduled* son hombres, empiezan

Gráfico 42. Porcentaje del primer parto por comarca y lugar de atención



esta labor en la adolescencia, y atienden un sinnúmero de malestares con plantas medicinales obtenidas de lugares considerados sagrados. A veces también ofrecen cantos terapéuticos. En relación con la salud materna, por lo general las plantas que ofrecen son tomadas durante el embarazo y antes del parto para reducir los dolores¹²⁰.

Red social durante el primer parto

En la comarca Embera-Wounaan, la edad más frecuente para un primer parto fue de 16 años (rango 13-33 años), mientras en la comarca Guna Yala fue 18 años¹²¹ (rango 15-27). El 56,8% de todos los primeros partos fueron en un ES, siendo la cobertura de parto institucional más alta en Guna Yala (67%) que en la comarca Embera-Wounaan (48%).

i) Tamaño y estructura de la red social para el primer parto

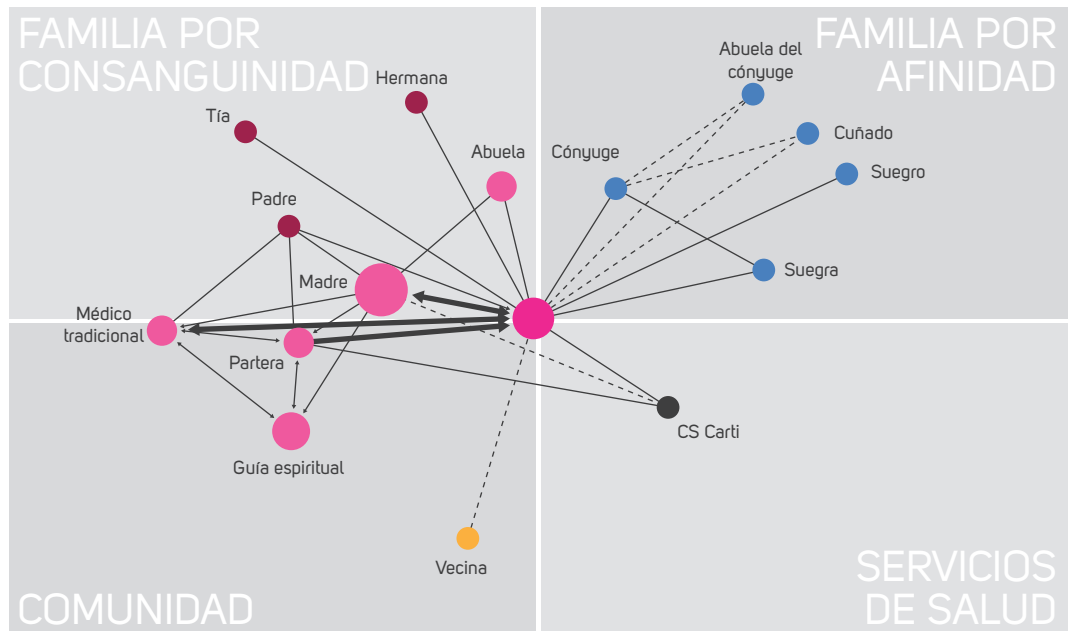
En la comarca Guna Yala, el tamaño promedio de las redes sociales es de 7 actores, y estas redes sociales se estructuran alrededor de i) la familia, ii) la comunidad, y iii) los servicios de salud. Resaltan el rol y vínculos de la madre, la partera (quien en muchos casos también es un familiar) y también el personal de salud del CS Carti. El médico tradicional y el cónyuge también son actores centrales, pero de menor importancia.

En la comarca Embera-Wounaan, el tamaño promedio de la red social es de 6 actores. Más del 50% de los partos se realizan en casa; por lo tanto, la estructura de la red es estrictamente familiar, donde el cónyuge y la madre de la mujer embarazada son los actores principales. Sin embargo, existe una amplia heterogeneidad entre comunidades. En Lajas Blancas por ejemplo, el personal de salud aparece como actor clave durante el parto, aun por encima de la madre y el cónyuge. En la comunidad de El Salto, la madre, suegra y tía de la mujer embarazada tienen la misma importancia. La comunidad de Marragandi cuenta con solo 3 actores activos: el cónyuge, la madre y suegra de la mujer embarazada, y por lo general nunca están los 3 presentes en una misma red social. También se dieron casos en que la mujer embarazada tuvo su parto en casa solo con la ayuda de algún familiar, y la ausencia de la partera en las redes sociales durante el parto evidencia estas situaciones.

120 En las 2 comarcas se identificaron pocos casos de controles con parteras (en Guna Yala la partera no ofrece servicios durante el embarazo). Solamente la partera de la comunidad de Lajas Blancas tiene un rol activo durante el embarazo, ofreciendo controles y recomendando CPN en el subcentro de salud, ya que ella trabaja y mantiene una estrecha relación con el personal de este centro.

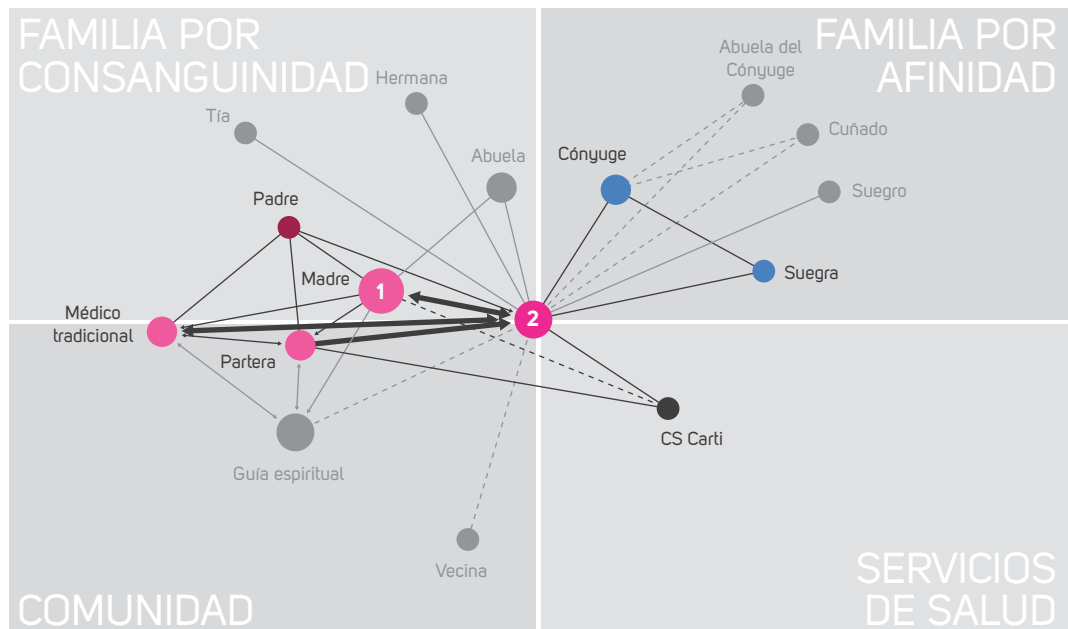
121 La edad en un primer parto fue calculada usando moda y no promedio.

Gráfico 43. Red general para partos. Comarca Guna Yala



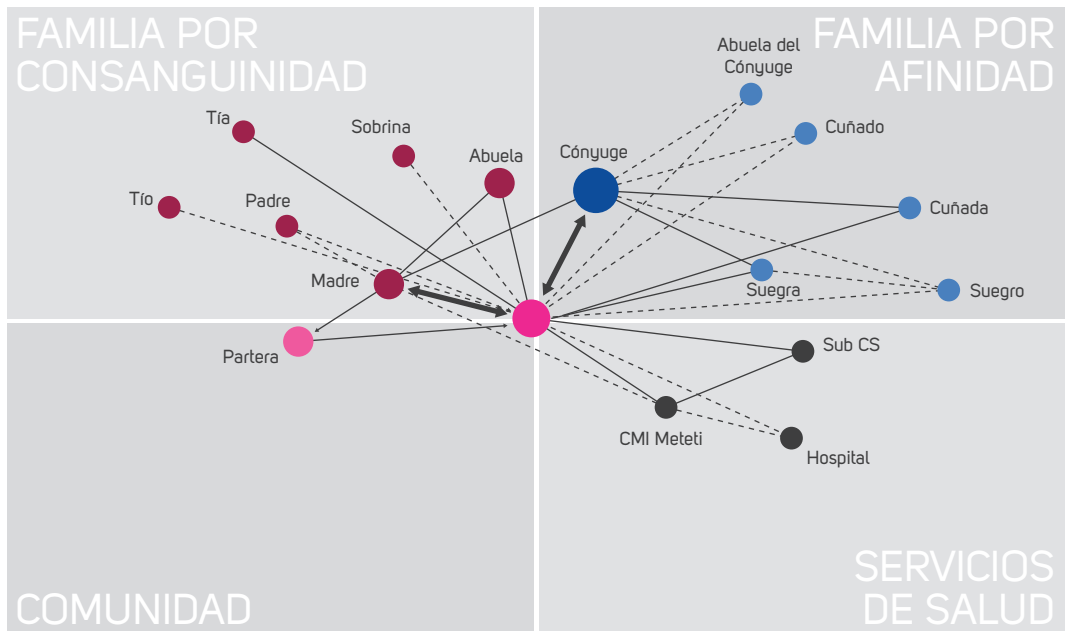
Este gráfico muestra vínculos fuertes de la familia y la comunidad, donde los actores más importantes (círculos rojos) pertenecen a estos cuadrantes. Este gráfico también muestra nichos o grupos de actores que comparten relaciones entre sí, por ejemplo, el médico tradicional, guía espiritual y la partera.

Gráfico 44. Red social para primer parto en CS. Comarca Guna Yala



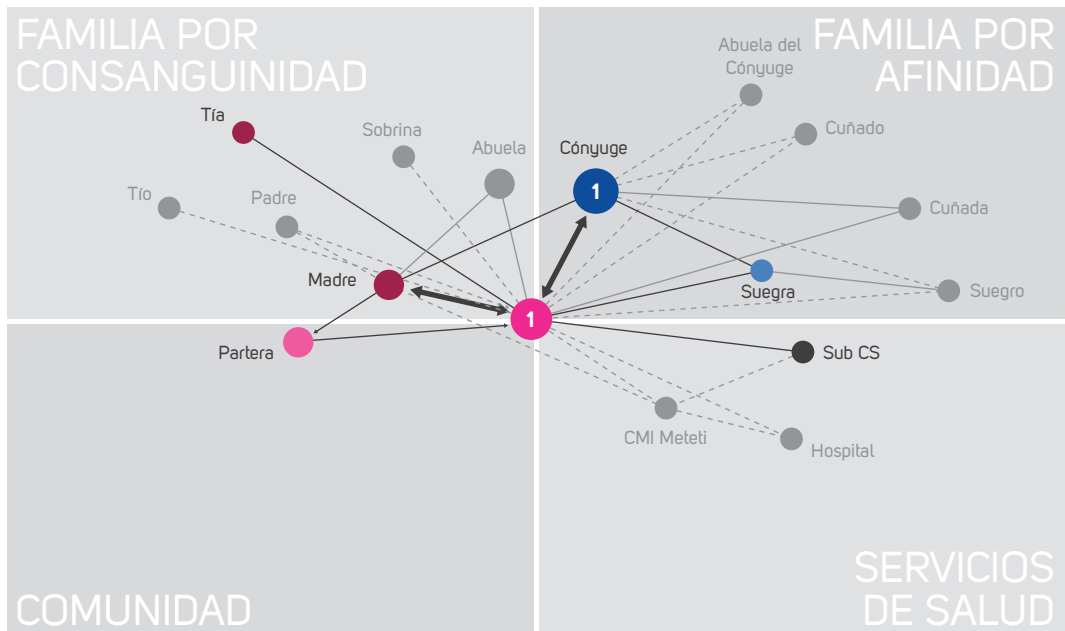
El gráfico 44 muestra una red con 7 actores, donde la madre es el actor central y tomadora de decisiones (No. 1) conjuntamente con la mujer (No. 2). Pese a ser un parto institucional, la partera y médico tradicional son actores importantes.

Gráfico 45. Red general para partos. Comarca Embera-Wounaan



El gráfico 45 muestra que la red general de la comarca Embera-Wounaan tiene menos actores de la comunidad y más actores de los servicios de salud, aunque los vínculos con estos son débiles (líneas discontinuas). El actor principal de la red es el cónyuge (círculo rojo) quien recibe apoyo y tiene vínculos continuos con la madre y la suegra de la mujer embarazada.

Gráfico 46. Red social para primer parto en Subcentro de salud. Comarca Embera-Wounaan



Esta red muestra la historia de un parto institucional donde la pareja (mujer y cónyuge) son los tomadores de decisión (No. 1 y No. 2) y reciben apoyo e influencia de las mujeres de la familia (madre, suegra, tía) y de la partera.

ii) Tomadores de decisión para el primer parto

En Guna Yala, la decisión sobre dónde realizar el parto se centra en 1) la madre de la mujer embarazada (o la abuela cuando ella está presente) y 2) la mujer embarazada. Las recomendaciones del guía espiritual y del médico tradicional son influencias extremadamente importantes en la decisión del lugar del parto. Cuando estos actores señalan que el parto será normal, aun si el centro de salud menciona lo contrario, las familias se preparan para un parto normal (en casa o institucional).

En la comarca Embera-Wounaan, la decisión sobre dónde realizar el parto se centra en 1) la pareja (mujer embarazada y cónyuge) y 2) en la mujer embarazada. Las mujeres reportaron consultar con sus cónyuges, y en casi ningún caso se mencionó un conflicto de decisiones. Las recomendaciones de la madre de la mujer embarazada son consideradas importantes, pero no siempre influyen: en los casos en que hubo opiniones diferentes sobre el lugar del parto, la decisión se centró en la pareja, y no en la madre.

Red social durante un último parto

En la comarca Embera-Wounaan, el 56% de los entrevistados mencionó preferir un parto institucional para un último parto, mientras que en la comarca Guna Yala, solamente el 12% mencionó esta preferencia. No obstante, en la práctica un promedio del 43% de los últimos partos fueron en un ES, con la cobertura más alta de parto institucional en la comarca Embera-Wounaan (48%) que en la comarca Guna Yala (31%).

i) Tamaño y estructura de la red social para un último parto

En la comarca Guna Yala, el tamaño promedio de la red para un último parto es de 6 actores y se estructura alrededor de i) la familia por consanguinidad y ii) la comunidad. Al igual que en el primer parto, resalta el rol y los vínculos de la madre de la mujer embarazada y de la partera (quien en muchos casos es un familiar). El médico tradicional también es un actor central, pero con menor frecuencia. Los proveedores del CS Carti son actores activos solo en los partos institucionales (31%), y el cónyuge pasa a ser un actor secundario.

En la comarca Embera-Wounaan, el tamaño promedio de la red es de 5 actores y la estructura es

familiar, con el cónyuge como actor central en las tres comunidades. Al igual que en el primer parto, existe una amplia heterogeneidad relacionada con el tipo de actores. Por ejemplo, la suegra aparece en las redes con la misma frecuencia que los hijos mayores, una partera o una cuñada. El personal de salud del CMI Meteti es actor central en partos institucionales de las comunidades de El Salto y Marragandi, al igual que el personal de salud de Lajas Blancas.

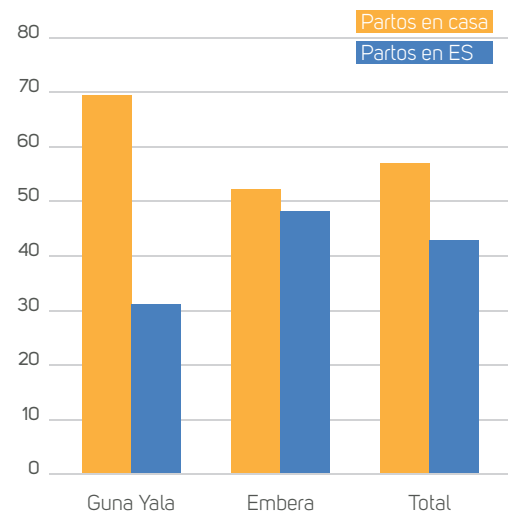
ii) Tomadores de decisión para un último parto

En Guna Yala, la mujer embarazada es exclusivamente quien decide dónde tener su parto. Al igual que en el primer parto, las recomendaciones del guía espiritual (*nele*) y del médico tradicional (*inaduled*) son extremadamente importantes en la decisión del parto, como así también las recomendaciones de su madre. En la comarca Embera-Wounaan, los tomadores de decisión sobre el lugar del parto son los mismos que en un primer parto: 1) la pareja (mujer embarazada y cónyuge) o 2) solo la mujer embarazada.

Motivos e influencias en el primer y último parto¹²²

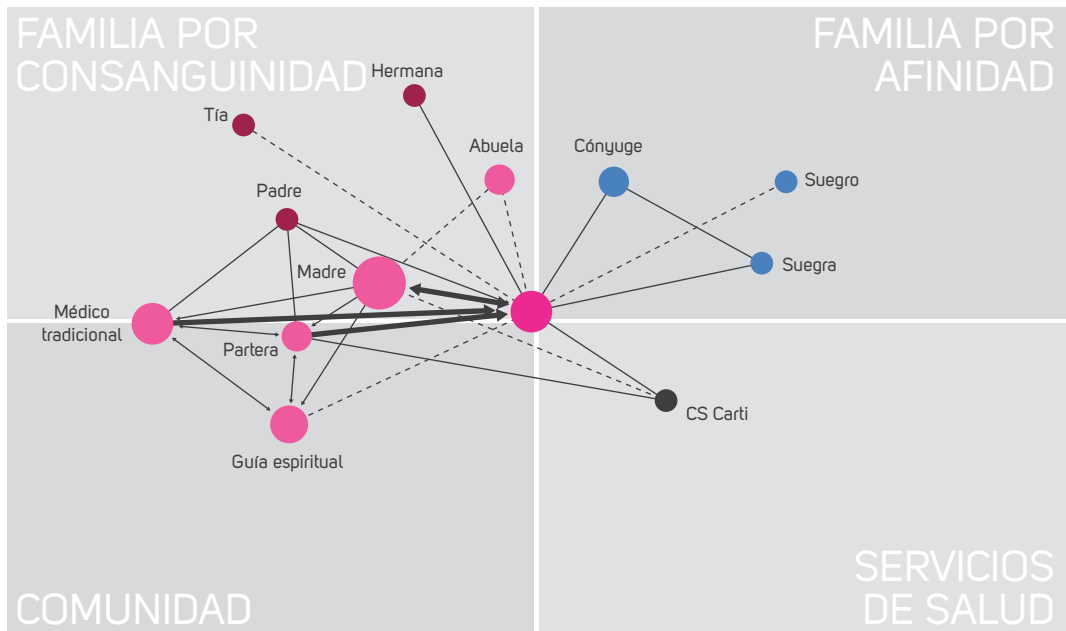
Existen motivos e influencias en la red social que pueden determinar el lugar del parto y pueden o

Gráfico 47. Porcentaje del último parto por comarca y lugar de atención



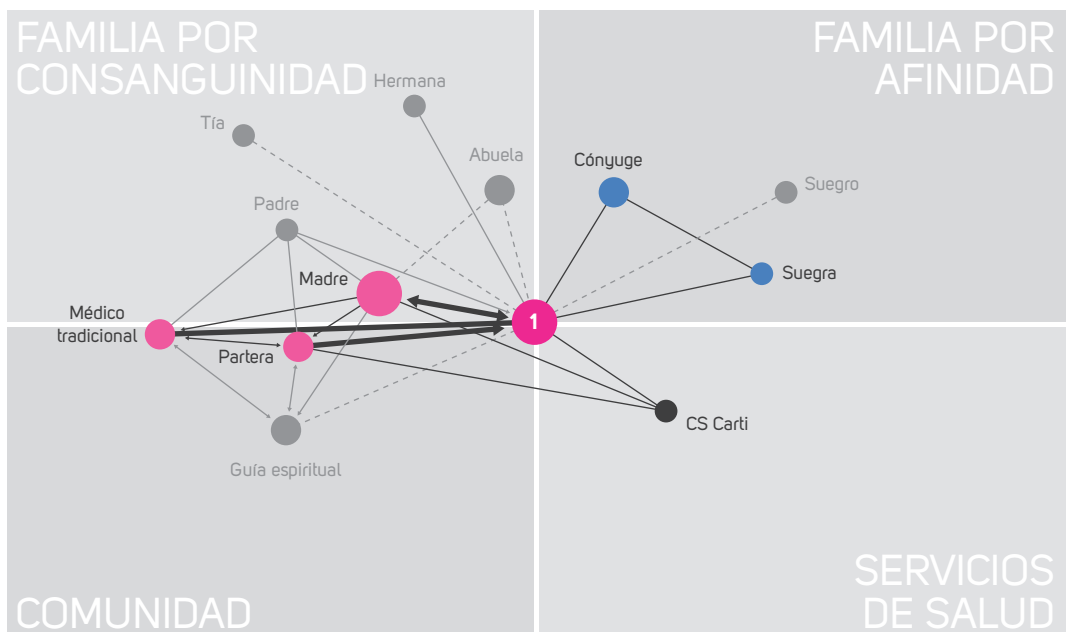
122 El parto vertical no fue mencionado como un motivo para no asistir a los ES y solo algunas entrevistadas mencionaron tener parto vertical en sus casas. El parto vertical parece ser una preferencia más que una tendencia. Esta pregunta no se hizo a todos los entrevistados y por lo tanto requiere mayor información.

Gráfico 48. Red general para partos Comarca Guna Yala



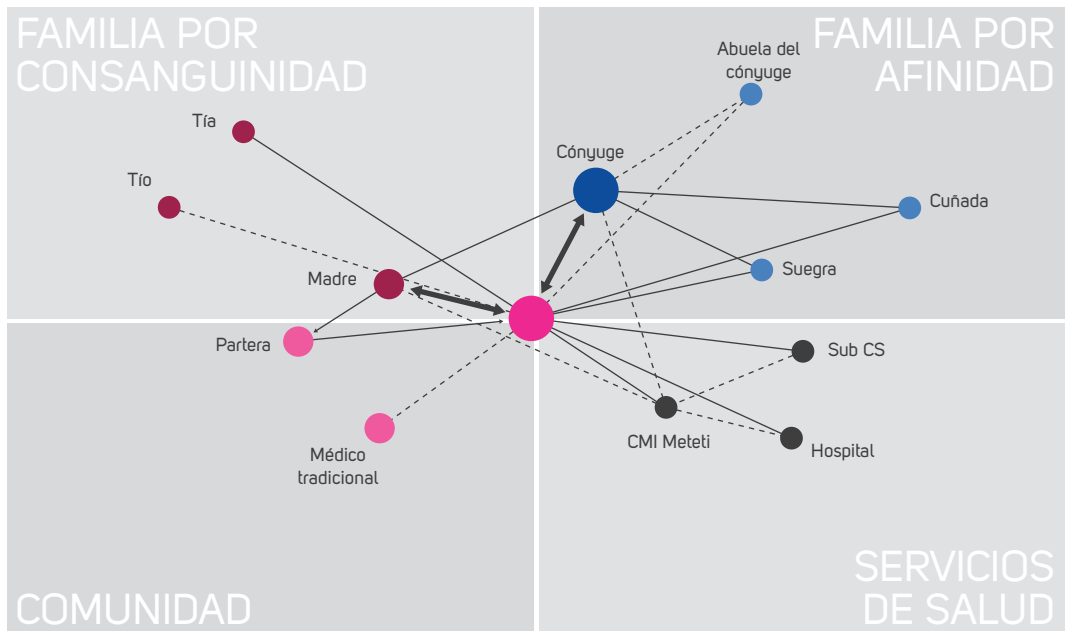
En esta red general se observan más actores de la comunidad y de la familia por consanguinidad, y solo un actor de los servicios de salud.

Gráfico 49. Red social para último parto en CS. Comarca Guna Yala



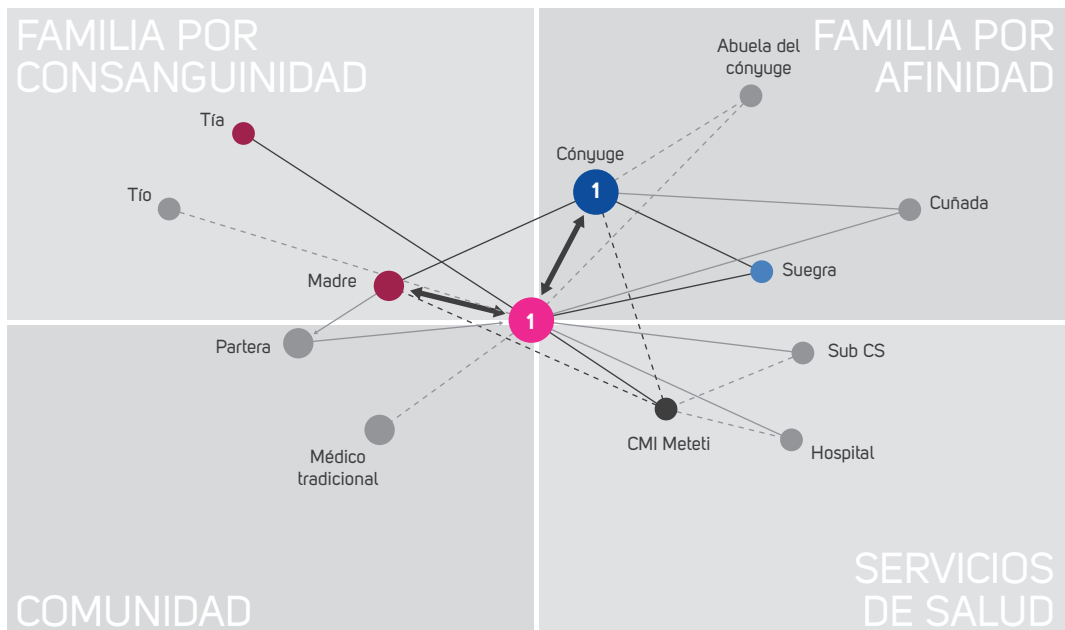
En esta red social la mujer (No. 1) es quien decide tener un parto institucional y su madre es el actor central de la red por tener varios vínculos con los otros actores.

Gráfico 50. Red general para partos. Comarca Embera-Wounaan



En esta red general se observa una mayor participación de los servicios de salud y menos participación de la comunidad. En esta red la partera no es un actor clave.

Gráfico 51. Red social para último parto en CS. Comarca Embera-Wounaan



Esta red social muestra a la pareja (mujer y cónyuge) como los tomadores de decisión para un parto institucional. La partera es un actor inactivo, y la madre y la suegra ofrecen apoyo pero no ejercen ninguna influencia en las decisiones.

no estar relacionadas con las barreras geográficas, económicas y culturales de la oferta y demanda de servicios de salud. Estos motivos son:

i) Miedo a las cirugías: las mujeres y sus familias mencionaron tener miedo a las operaciones quirúrgicas que han escuchado se realizan en los ES. La cesárea, y con menor frecuencia la episiotomía, son motivos predominantes por los cuales las personas deciden no tener un parto institucional. Las personas entrevistadas creen que estas operaciones pueden afectar futuros embarazos, tal vez no permitiéndoles tener más hijos. En Guna Yala “*ser cortada*” va contra su religión porque creen que es un obstáculo para entrar “*al reino de los cielos*”. En las mujeres primíparas y menores de 21 años, este motivo tiene menos influencia ya que su falta de experiencia sobrepasa este motivo e incide en mayores partos institucionales.

“...tenía miedo de parir en el CS porque los médicos eran latinos. Mi temor es que he escuchado de otras personas que si va a dar luz allá, a veces las operan y no estoy dispuesta a que me operen o que me corten”. (F-30 años, Guna Yala).

ii) Vergüenza: En Embera-Wounaan se menciona la vergüenza de ser atendidas por una persona ajena, ya sea hombre o mujer, y por esta razón muchas mujeres deciden tener sus partos solas, sin la ayuda ni siquiera de una partera o un familiar. En la comunidad de Marragandi, hubo varios casos de mujeres atendidas por sus cónyuges, estos llevando un rol de partero.

“De los nueve hijos que yo he parido, nunca jamás me han ayudado, porque me daba mucha pena. Yo tengo calentada mi agua, el jabón, el shampoo del niño, la toalla, los pañales, la tijera y la soga para amarrar el cordón... A mí no me gusta que nadie me toque, nadie, ni cuando estoy embarazada; yo sola me toco, yo misma lo arreglo” (M-40, Embera-Wounaan).

iii) Experiencias positivas y negativas: Las mujeres que tienen su primer parto en casa sin problemas, tienden a tener sus próximos partos en la casa. Las mujeres que tienen un primer parto institucional sin problemas, tienen sus próximos partos en la casa también (particularmente en la comarca Guna Yala). Contrariamente, las mujeres que tienen alguna complicación o mala experiencia durante el primer parto en la casa, pueden o no tener un próximo parto en casa. Las mujeres que tienen una mala experiencia en un ES, deciden tener un próximo parto en casa. Estas experiencias no necesariamente son experiencias directas. Muchas veces los entrevistados mencionaron que las experiencias previas

(positivas o negativas) de otras personas fueron la base de sus decisiones.

iv) Logística de movilización: No solamente existen barreras geográficas y económicas. La dificultad para llegar a los ES requiere una coordinación compleja: encontrar una piragua o lancha, encontrar un motorista, la gasolina, quien las acompañe, y quien cuide a los hijos en casa, por ejemplo. Hubo dos casos en que las personas relataron que llegaron al CS, pero que el personal de salud les dijo que vuelvan porque todavía no era el momento.

v) Transferencia a la Ciudad de Panamá: Las transferencias a un ES en la ciudad de Panamá implica otra logística de movilización ya que, según las entrevistas, algunos ES dentro de las comarcas no cubren el costo de estas transferencias, ni para la mujer, ni mucho menos para la persona que la acompañe. Asimismo, las mujeres mencionaron tener miedo a estar solas y no tener familia que les acompañe.

Los motivos para tener un parto institucional fueron principalmente la edad temprana de la mujer embarazada y el hecho de que sea primeriza. En Embera-Wounaan, las mujeres con más años de escolaridad prefieren el parto en un ES, mientras en Guna Yala, el nivel de escolaridad no influye en esta decisión.

Red social durante emergencias obstétricas y neonatales

“Si hubiera habido una emergencia en mi parto, le hablaba a mi esposo, si es que no pudiera tener un hijo normalmente y tuviera complicaciones le diría que no me llevara afuera, que no importaba, prefiero morir aquí que allá.” (M-30, Guna Yala).

De todos los entrevistados, el 21% mencionó haber tenido una emergencia obstétrica y/o neonatal, con una mayor proporción de emergencias durante un último parto.

i) Tamaño y estructura de la red durante una emergencia obstétrica: Por lo general, las redes sociales se magnifican en tamaño y agregan de 1 a 3 actores, quienes no son personas/organizaciones casuales, sino miembros de la red social del cónyuge de la mujer embarazada: vecinos, amigos, compañeros de trabajo, y familia del hombre (generalmente, varones). Ante una complicación, todos los entrevistados decidieron acudir a un ES, y por esta razón

el personal de salud se transforma en actor clave y tomador de decisiones. Cuando el personal de salud recomendó una transferencia a un ES de segundo o tercer nivel, las personas acataron esta resolución (a excepción de un caso que decidió volver a su comunidad). Por lo tanto, la estructura de la red transmuta de un ámbito familiar para incluir actores de la comunidad y de los servicios de salud.

ii) Tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica: Se planteó a todos los entrevistados que no nombraron haber tenido una emergencia, la situación hipotética de una complicación durante el parto y se les preguntó cuál sería el proceder y quién tomaría la decisión de quedarse en casa o ir a un ES. En estos casos, los tomadores de decisión mencionados fueron los mismos que durante el primer y último parto: el cónyuge, la madre, la pareja y la mujer embarazada. Hubo diferentes respuestas de acuerdo al sexo del entrevistado: según los hombres, ellos serían los tomadores de decisión, y nunca identificaron a la madre o a la mujer embarazada como tomadores de decisión. Según las mujeres, la principal tomadora de decisión sería su madre y, si la madre no estuviera presente, serían ellas mismas.

En la realidad, existe bastante heterogeneidad sobre quiénes son los tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica. En los casos reales, los tomadores de decisión fueron: 1) la madre (solo para un primer parto), 2) el cónyuge, 3) la pareja (mujer embarazada y su cónyuge), 4) el personal de salud de la comunidad (promotor y/o asistente de salud), 5) la partera y 6) la mujer embarazada. Ninguno de estos actores fue más central o activo que otro, porque todos fueron mencionados en algunas situaciones de emergencia, pero no en una mayoría.

Factores e influencias durante una emergencia obstétrica

i) Signos de alarma: La gran mayoría de las personas mencionó o reconoció el sangrado de la mujer embarazada como un signo de alarma, pero no otros signos como hinchazón de pies, o dolores de cabeza.

ii) Tiempo de labor de parto: hubo casos de partos normales y emergencias donde las mujeres estuvieron más de medio día con dolores de parto antes de ir a un ES o antes de que nazca el bebé. Las personas mencionaron que un signo de alarma es que el bebé “*tarda en salir*”, sin embargo este concepto de tardanza fluctúa de 6 a 24 o 36 horas.

iii) Percepción de transferencias innecesarias: las personas que fueron transferidas a un ES de segundo o tercer nivel en la ciudad de Panamá mencionaron

que nadie les explicó los motivos o causas de la transferencia, ni tampoco por qué se realizó una cesárea. Por lo tanto, varias personas concluyeron que la transferencia fue innecesaria, en especial cuando el parto fue normal (vía vaginal). Hubo un caso donde la mujer embarazada tuvo su bebé en la piragua (lancha) cuando iba camino al hospital regional.

iv) Percepciones de maltrato: Las personas no reportaron maltratos por parte del personal de salud de los ES del primer nivel (CS Carti, o Sub-CS Lajas Blancas). Sin embargo, las personas que fueron transferidas a un ES de segundo o tercer nivel percibieron maltrato por parte de los proveedores de salud. Estas personas mencionaron que, a diferencia de los ES en su comunidad, los ES en ciudad de Panamá no permiten que la partera ni nadie más entre con ellas, y que el personal a “*veces es poco amable*.”

“*Las parteras en ningún caso pueden acompañar en el momento del parto, mucho menos atender un parto*”. (Personal de salud, Ciudad de Panamá).

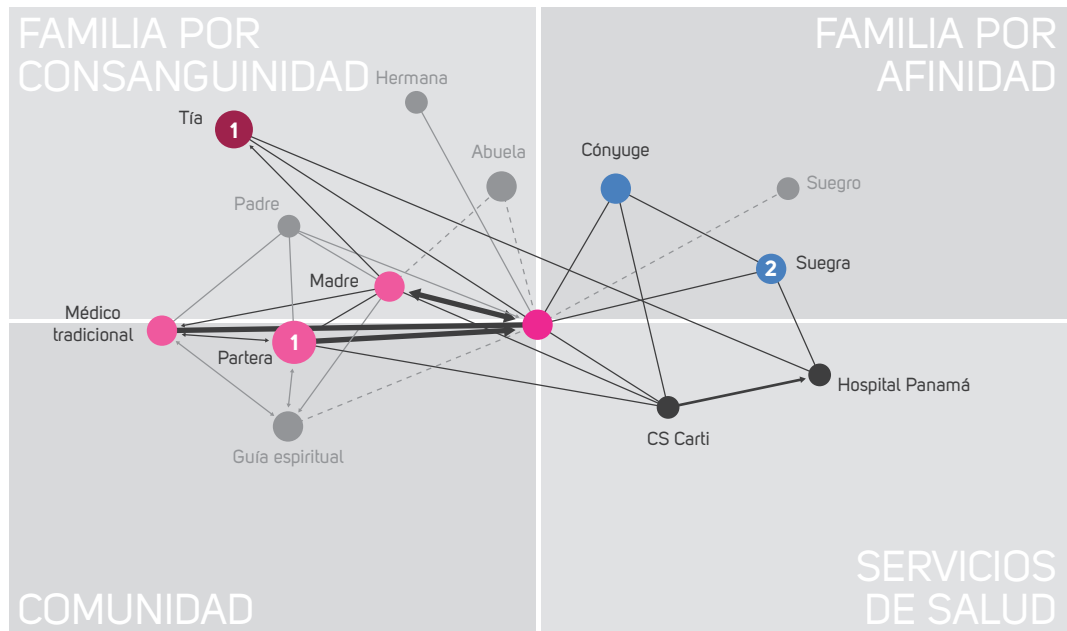
Las personas que decidieron recurrir primero a actores de la comunidad (partera, médico tradicional) fue porque la emergencia era inminente: consideraron que, si bien acudir a un ES sería su primera opción, la complejidad de la logística de transporte no les permitiría llegar a tiempo, y conocían o escucharon de casos donde las mujeres tuvieron sus bebés en el camino, ya sea en la lancha o en el bus.

Discusión

i) El tamaño de la red social disminuye entre un primer y último parto. El hecho de contar con redes más pequeñas en un último parto apunta a la percepción de que las mujeres adultas, por tener más experiencia en el parto, son menos susceptibles a emergencias obstétricas y por tanto no necesitan apoyo. Contradictoriamente, las mujeres adultas enfrentan mayores obstáculos para asistir a los ES al tener hijos menores que cuidar, y su rol no es solo de mujer embarazada, sino también de esposa, madre e hija, además de otros roles en la comunidad. Asimismo, varias entrevistadas de 40-45 años siguen teniendo hijos (algunas tienen hasta 13), lo cual las expone a mayores riesgos de complicaciones. En las comunidades de Embera-Wounaan, muchas mujeres tienen sus hijos solas en casa.

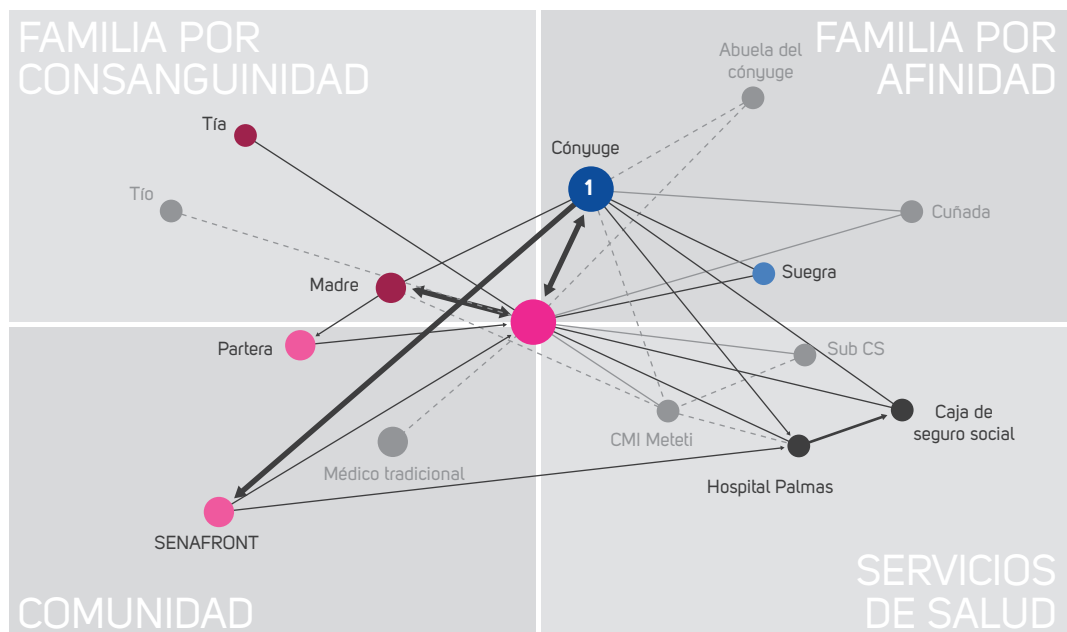
ii) La estructuración de las redes sociales. La estructuración se centra en la familia y esta no es aleatoria. Los patrones de estructuración de la red siguen

Gráfico 52. Red social durante una emergencia. Comarca Guna Yala



En esta red, la suegra (No. 2) identifica y recomienda acudir a un ES, pero la decisión final es de la tía de la mujer y de la partera (ambas como No. 1).

Gráfico 53. Red social una emergencia. Comarca Embera Wounaan



En esta red se observan más actores que en las redes para parto normales. El cónyuge es quien decide llevar a la mujer a un ES y gracias a sus contactos con SENAFRONT pueden movilizarse al hospital de Palmas.

una lógica basada en las tradiciones culturales y sociales, y en las necesidades del ego (mujer embarazada) y el tipo de vínculos que tiene con su red. La residencia patrilocal de la comarca Embera-Wounaan centra al cónyuge como actor principal. En la comarca Guna Yala, la residencia matrilocal empodera a la madre de la mujer embarazada como el actor central de la red. Asimismo, en Guna Yala las redes sociales incluyen a actores comunitarios (el guía espiritual, partera y médico tradicional) quienes en muchos casos también son miembros de la familia. En la teoría de ARS, se habla de *multiplicidad* cuando los actores tienen diferentes vínculos con el *ego* (en este caso, la mujer embarazada), como parentesco, laborales, etc. La multiplicidad de estos actores fortalece su rol e influencia dentro de la red. Sin embargo, estos actores tienen vínculos débiles o inexistentes con los servicios de salud y su importancia es subestimada por estos servicios.

iv) Motivos e influencias: Pese a que la aceptación y uso de los servicios públicos de salud durante el embarazo y el parto ha incrementado en los últimos años, se pierden importantes oportunidades de compartir información con la red social de la mujer embarazada al no promover o permitir la entrada de los acompañantes en las consultas. Se evidencia que los motivos para no tener el parto en un ES son más numerosos y con mayores repercusiones que los motivos para asistir a los ES. Por lo tanto, se podría hablar de este proceso como un análisis de costo-beneficio que las mujeres y sus redes sociales realizan basados en la escasa información que reciben. Además, muchas mujeres en las comunidades tienen partos en casa sin complicaciones, lo cual fortalece la percepción del parto como un proceso biológico normal; se minimiza la sensación de susceptibilidad y severidad de las posibles emergencias obstétricas¹²³.

Moderador: *¿dónde había planificado tener su parto?*

Traductora: *“como ella había visto los partos que se han dado aquí en la comunidad y han salido bien, bueno [ella dijo] ‘voy tener mi parto aquí también. Aquí en la casa, sí, voy a tener esa experiencia porque todo va salir bien’. Pero todo fue lo contrario, le salió mal el asunto”.* (M-23, Guna Yala).

v) Emergencias Obstétricas: la falta de un patrón de tomadores de decisión durante las emergencias obstétricas demuestran la alta complejidad de estas

situaciones, el carácter esporádico de las decisiones y los diversos agujeros estructurales dentro y fuera de la red social. Los mensajes sobre maternidad segura y signos de alarma son ofrecidos solo a la mujer embarazada y no a su red social, aun cuando existen oportunidades. En este sentido, se limita la información a un solo actor dentro de la red. Además, las personas mencionaron recibir información fragmentada, en el sentido de que reciben poca o ninguna información durante los CPN sobre posibles complicaciones del parto. Varias personas todavía creen que se puede predecir una emergencia durante los CPN. Varias reportaron que, durante los CPN, el personal de salud no les habla sobre la importancia de tener un plan de parto, ni las opciones sobre el lugar del parto. Es altamente preocupante que ni la mujer embarazada, ni los miembros claves de su red social reconocen los signos de alarma durante el embarazo y parto, y la gran mayoría no tiene un plan de acción para llegar a un ES. Esto señala que ninguna de las dos primeras demoras ha sido superada. Por los altos costos directos e indirectos del transporte y logística de movilización, en especial en la comarca Embera-Wounaan, las mujeres van solas a los ES. En caso de transferencias a la ciudad de Panamá, se exponen a trasladarse sin el apoyo vital de su red, lo cual se convierte en motivo para no buscar los servicios de salud.

“Si hubiera habido una emergencia, mi mamá decidiría en ese momento, ella diría si mandarme o no hasta Panamá. Yo no decidiría nada. Pero no quisiera ir a Panamá, no conozco otro lugar que aquí, y tengo terror a estar sola...” (M-19, Guna Yala).

Asimismo, la referencia de la mujer embarazada hacia un ES de mayor resolución en la ciudad de Panamá resulta en un quiebre en la red social debido a que los establecimientos fuera del ámbito de la comarca no aceptan que la partera u otra persona la acompañe durante el traslado, ni mucho menos ingrese a la sala de partos. Para fomentar un mayor uso de los servicios de salud por parte de las personas indígenas, sería importante realizar una revisión a nivel nacional sobre la adecuación cultural del parto en todos los niveles de atención y no solo aquellos en las comunidades. La adecuación cultural en este contexto se trata no solamente de una sala de parto que permite el parto vertical, sino la posibilidad de involucrar a los actores claves de la red social en todos los procesos.

Capítulo 7

Honduras

Resumen ejecutivo

Honduras es un país de ingreso medio que en las últimas décadas ha logrado un progreso importante en la mejora del estado general de su población. De 1990 a la fecha, la esperanza de vida al nacer aumentó de 66 a 72 años y las tasas de mortalidad infantil y materna han descendido considerablemente, alcanzando 23 y 30 muertes por 1000 nacidos vivos (n.v.) y 108 muertes por 100.000 n.v., respectivamente¹²⁴.

Sin embargo, el estado de salud de la población hondureña está todavía por debajo de los promedios de la región y la desagregación de datos muestra que los mayores logros en salud se han concentrado en las poblaciones de mayor ingreso, por lo que los problemas de salud afectan principalmente a las poblaciones rurales e indígenas. En las comunidades rurales de la región occidental, la tasa de desnutrición crónica infantil es del 50%, frente al promedio nacional de 24%¹²⁵. Las tasas

más altas de mortalidad materna se encuentran en los departamentos con los porcentajes más altos de población indígena o afrodescendiente como Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz¹²⁶. A nivel nacional, 83% de los partos fueron atendidos por personal calificado, en contraste con el 58% de los partos de las mujeres pertenecientes a los quintiles más bajos¹²⁷. El número promedio de hijos en las zonas urbanas es de 2,5, mientras en las zonas rurales es de 3,5¹²⁸.

Resultados

Para realizar este estudio se entrevistó a un total de 126 personas: 67 mujeres, 33 hombres, 4 parteras, 12 proveedores de salud, y 10 personas de 7 comunidades en los departamentos de Copán, Olancho, Intibucá y La Paz.

Las redes sociales en Copán y Olancho contienen más actores (4 a 6 personas) que las redes sociales en Intibucá y La Paz (3 a 5 personas). Esta diferencia puede atribuirse a que en las comunidades

124 World Health Organization (WHO). 2011. *World Health Statistics (WHS)*.

125 Observatorio de derechos de la niñez. Cartilla de Indicadores sociales de la niñez en Honduras. http://ihnfa.gob.hn/odn/docs/publicaciones_odn/cartillaindicadores.pdf.

126 Organización Panamericana de la Salud. 2009. Health systems profile: monitoring and analyzing health systems change/reform.

127 Instituto Nacional de estadística. 2011-2012. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Honduras.

128 González, S. 2008-2009. Prácticas alimentarias y terapéuticas en mujeres, niños y niñas menores de cinco años en las poblaciones lenca y maya-chortíf de Honduras. Diario de campo.

de Copán el personal de salud del Centro Materno-Infantil (CMI) conforma parte de las redes sociales, y en las comunidades de Olancho los vecinos aparecen como actores para un último parto. Se ha visto que, tanto para primerizas como para mujeres más experimentadas, la calidad de los vínculos, el conocimiento sobre la salud materna, recursos económicos y poder de influencia dentro de la red de cada actor es más importante que el número de actores presentes.

La estructuración de las redes sociales se centra en la familia, como así también en las parteras. En Intibucá, la estructuración de la red social para un último parto es más diversa y en esta estructuración resalta el cónyuge como el actor más importante, seguido por el personal de salud del CMI, las parteras y los vecinos. Los patrones de residencia patrilocales y neolocales posicionan a la díada hombre-mujer al centro de la toma de decisiones sobre el lugar del parto. Tanto para partos normales como para emergencias, es la pareja (mujer y cónyuge) quien toma estas decisiones. En Olancho, la residencia matrilocal de las comunidades indígenas ofrece a la mujer mayor poder en las decisiones sobre su salud, muchas veces convirtiéndola en la principal y única tomadora de decisiones sobre el lugar del parto.

La estructuración de las redes sociales durante emergencias obstétricas incluye por lo general a miembros de la familia del cónyuge (cuñados, tíos) y miembros de la comunidad (partera, vecinos), quienes tienen como rol principal apoyar en el traslado de la mujer a un ES.

No obstante la creciente aceptación por asistir a los servicios de salud para CPN y partos, las parteras todavía son actores importantes y constantes dentro de las redes sociales de las mujeres embarazadas. Por lo tanto, el tipo de vínculos que las parteras tengan con los servicios de salud las puede convertir en un puente o brecha de conexión entre los servicios de salud y las familias.

Antecedentes

El estudio “Prácticas alimentarias y terapéuticas en mujeres, niños y niñas menores de cinco años en las poblaciones lenca y maya-chortí de Honduras” realizado en 2008, identificó que todavía existe una

alta preferencia por los partos en casa y con partera: en Intibucá la preferencia de parto institucional fue de 62%, y en Copán Ruinas esta preferencia fue de 50%. Este estudio también indica que el proceso de profesionalización de parteras ha creado una división entre las parteras capacitadas y las tradicionales. “Mientras las parteras tradicionales monitoreaban el embarazo, atendían el parto y daban control posnatal, las [parteras] capacitadas por la Secretaría de Salud solamente se encargan del cuidado preparto, llevar a las parturientas a la clínica u hospital y dar el control posnatal”¹²⁸. Como resultado, algunas mujeres son renuentes a la atención incompleta de las parteras capacitadas ya que “solamente las llevan a la clínica a esperar que las atiendan”. Otro estudio cualitativo realizado en 2003 concluye que los hombres tienen control sobre la sexualidad de las mujeres, y cuando existen complicaciones en el momento del parto, es el hombre “quien tiene el poder de decidir dónde, cuándo y cómo se prestará auxilio a esa mujer”¹²⁹.

En 2011, un estudio cualitativo sobre barreras de demanda y oferta de servicios de salud en Honduras arrojó que las barreras principales para la utilización de los servicios de salud son la distancia geográfica y los gastos asociados al traslado y estadía en los servicios como pago de transporte, compra de alimentos, etc. Otras barreras identificadas fueron la inadecuada dotación de personal e insumos en los ES del primer nivel, como Centros de Salud Rural (CESARes) y Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMOs), y las barreras culturales de los grupos lenca y maya-chortí. En estos grupos, la ausencia de medicina tradicional en los ES y la imposibilidad de que una partera acompañe a una mujer al parto institucional son barreras de grandes repercusiones. No se identificaron barreras de idioma para la demanda de servicios básicos y hospitalarios¹³⁰.

Características demográficas y socioeconómicas

Se realizó la investigación en 7 comunidades en los departamentos de Copán, Olancho, Intibucá y La Paz.

Según el censo poblacional de 2001, Honduras posee una población estimada de 6.535.344 personas de las cuales 473.531 (7,2%) pertene-

129 Torrez, S., Sequeira, S. 2003. *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM).

130 Banco Interamericano de Desarrollo. 2011. *Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión (DPEIG)*, pág. 18-23.

131 La cuantificación de los pueblos indígenas en Honduras ha sido irregular y motivo de grandes controversias, con un rango estimado de 4% a 13% del total de la población. Según la agencia gubernamental *Fiscalía* especial de las etnias, en Honduras existen siete pueblos indígenas, que representan en conjunto un 6% de la población total.

Tabla 7. Comunidades de trabajo para el estudio de redes sociales

DEPARTAMENTO	COPÁN		OLANCHO		INTIBUCA	LA PAZ	
Municipio	Cabañas santa rita		Dulce nombre del culmi		Concepción	Santiago de puringa	
Comunidad	Morazán	Unión Otuta	Jocomico	Culuco	Santiago	Las delicias	Ojo de agua
Actividad económica*	Producción de café, granos básicos (maíz, frijol),		Producción de café, granos básicos (maíz, frijol), plátano y tubérculos como yuca		Producción de café, granos básicos (maíz, frijol), apicultura (miel), cría de peces, ganado		
Población proyectada 2011**	12.853	29.617	32.250		10.682	15.652	
% población rural*	100 %	83,11 %	100 %		100 %	76,11 %	
Índice de pobreza**	69,1	64,5	63,7		74,2	66,2	
% de gente pobre**	81,4	82,8	74,2		87,0	88,5	
Población*	mestizo-chortí		mestizo-pech		mestizo-lenca	mestizo-lenca	
% población indígena por Depto.*	8,55%		0,75 %		19,67 %	29,2 %	

* Proyecciones para 2011 del CENSO 2001.

** Banco Interamericano de Desarrollo. 2011. Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión.

cen a algún pueblo indígena¹³¹. La pobreza está generalizada en zonas montañosas donde habitan más del 75% de la población rural del país, con la mayor concentración de pobreza extrema en la región occidental¹³². En las zonas rurales, la mayor parte de la tierra está dedicada a la producción de cultivos pequeños y poco rentables como el banano, arroz, maíz, y frijoles. En estas zonas, el 70% de las familias agricultoras son minifundistas o agricultores de subsistencia; muchos de los hombres de estas familias han migrado a otros países de Centroamérica o a los Estados Unidos, creando un sistema de remesas que forma parte sustancial de los ingresos en esta región¹³³.

Población indígena de los estudios de caso

Pech: Tienen un origen desconocido, aunque lingüísticamente son descendientes de los grupos culturales chibchas, quienes migraron de América del sur hace aproximadamente 3.000 años. Pese a estar constantemente expuestos a los procesos de aculturación, los pech todavía conservan su lengua y sus costumbres como consejos de ancianos, consejos tribales y tradiciones musicales¹³⁴.

Los pech están compuestos por 10 pueblos o tribus ubicadas mayormente en los departamentos de Olancho, Gracias a Dios, y Colón, y dependen de la subsistencia agrícola de tala y roza (siendo sus cultivos principales la yuca, los frijoles y el maíz) como así también de la caza, pesca y la cría de animales domésticos. Una particularidad de los pech es que las mujeres participan activamente en las actividades económicas de sus comunidades, como artesanas, agricultoras, curanderas, jefas tribales, sacerdotisas, etc. Asimismo, los pech todavía conservan títulos de tierras de carácter comunitario.

Maya chortí: Forman parte de los pueblos mayas que se extienden desde el sur de México por toda Mesoamérica. Aunque una gran mayoría de los maya chortí no habla su lengua madre, muchos todavía practican ceremonias y ritos con símbolos propios, usualmente de carácter religioso sincrético (católico y autóctono), que giran alrededor de temas de supervivencia como la agricultura y la salud¹³⁵.

La actividad económica fundamental de los maya chortí sigue siendo la agricultura de subsistencia, con enfoque en la producción de granos básicos

132 Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).2011. *Dar a la población rural pobre de honduras la oportunidad de salir de la pobreza*.

133 Kay, C. 2009. La persistencia de la pobreza rural en Honduras, Nicaragua y Bolivia: un fracaso del neoliberalismo. *Nueva Sociedad*, 223.

134 Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro-Hondureños.

135 Lara Pinto, G. 2002. *Perfil de los pueblos indígenas y negros de Honduras*. Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA). Tegucigalpa, Honduras.

Cuadro 18. Descripción de los pueblos indígenas del estudio de redes sociales

PUEBLO INDIGENA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	LENGUA	DESCRIPCIÓN DE LA LENGUA	USO COTIDIANO DE LA LENGUA
Pech	Olancho, Colón y Gracias a Dios	Pech y español	Lengua propiamente chibcha	25% pech, 75% español
Maya chortí	Copán y Ocotepeque	Español	El chortí proviene de la familia mayense. La lengua dejó de hablarse en la primera mitad del siglo XX. En algunos lugares de Guatemala todavía es posible encontrar hablantes	100% español
Lenca	Lempira, La Paz, Intibucá, Santa Bárbara, Comayagua, Francisco Morazán, Ocotepeque y Valle	Español	Dejó de hablarse entre inicios y mediados del siglo XX. Es una lengua extinta emparentada con macro chibchas de la región mesoamericana.	100% español

como el maíz, arroz, frijoles y calabazas, como así también algo de ganadería¹³⁶. Esta actividad económica se complementa con la fuerza del trabajo asalariada en las plantaciones de café, caña y tabaco, y la producción artesanal, con productos elaborados de mimbre, entre otros¹³⁷.

Lenca: El pueblo lenca es el más numeroso y organizado de Honduras con una población aproximada de 100.000 personas. Existen cerca de 612 comunidades lencas distribuidas entre los departamentos de La Paz, Ocotepeque, Lempira e Intibucá¹³⁸. Los lencas han perdido su lengua; sin embargo, todavía conservan prácticas religiosas, agrícolas y de alfarería que los distinguen de otros pueblos rurales en el occidente del país¹³⁵.

La actividad económica principal de los lencas es la agricultura de subsistencia, que incluye el maíz, frijoles y calabazas, “como así también la siembra de papas, camotes, árboles frutales, hortalizas en menor escala y como asalariados en fincas de café”¹³⁹.

Oferta de servicios de salud

El sistema de salud en Honduras está constituido por un sector público, el cual incluye a la Secretaría de Salud (SESAL) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y un sector privado con y sin fines de lucro¹⁴⁰.

En las comunidades de estudio, la oferta de salud se configura a través de un “gestor” de servicios de salud, “quien garantiza, mediante el proceso de gestión administrativa las acciones que fortalecen la prestación de servicios y la atención médica... sin desembolso económico en el momento de la utilización de los servicios de salud cubiertos por el Sistema”¹⁴¹. El gestor de salud tiene como instalación eje una Clínica Materno-Infantil (CMI) en la zona urbana (como así también una casa materna por cada CMI) pero su ámbito de influencia comprende también la zona rural, básicamente como un primer nivel de atención de salud. En el marco de los acuerdos vigentes, los servicios de salud también se ofrecen a través de los equipos de atención primaria en salud en los hogares, comunidades, escuelas y centros de trabajo del municipio, incluyendo las unidades comunitarias de salud (UCOS). A excepción del municipio de Olancho, en todos los municipios también se identificó a prestadores de salud del sector privado con y sin fines de lucro, particularmente en los municipios de Copán.

Descripción de las redes sociales

Características de los participantes

Se realizaron 114 entrevistas con mujeres y

136 Cabezas, I. 2008. Tradición y cambio cultural en los chortís de Honduras. *Gazeta de Antropología*, 24 (2) 47.

137 Organización de las Naciones Unidas. *Honduras-Pueblo chortis*. Descripción del grupo étnico o de la cultura. <http://www.unesco.org/uy/phi/aguaycultura/es/paises/honduras/pueblo-chortis.html>.

138 Minority Rights International. *2008 World Directory of Minorities and Indigenous Peoples - Honduras : Lenca, Miskitu, Tawahka, Pech, Maya, Chortis and Xicaque*. <http://www.refworld.org/docid/49749d15c.html>.

139 Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro-Hondureños.

140 Secretaría de Salud. Sistema de Salud de Honduras, 2006 elaborado por Víctor Becerril Montekio.

141 Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección en Salud. Manual del Gestor de Servicios de Salud, Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 19. Oferta de Servicios de Salud en las comunidades de estudio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD	DISTANCIA AL CMI MÁS CERCANO	CAPACIDAD INSTALADA EN EL MUNICIPIO	GESTOR POR DEPARTAMENTO
Copán	Santa Rita Copán	Unión Otuta	45 min. a CMI en el Jaral, cabecera municipal	CESAR en la comunidad CMI en El Jaral	Mancomunidad Mancocorsaric
	Cabañas	Morazán		CESAR en la comunidad CMI en El Jaral	
Intibucá	Concepción	Santiago	35 min. a CMI en cabecera municipal	CESAR, CMI	Asociación Hombro a Hombro
La paz	Santiago de Puríngla	Delicias	40 min. a CMI en cabecera municipal	CESAMO	Asociación Nueva Vida
		Ojo de Agua	1 hora a CMI en cabecera municipal		
Olancho	Dulce Nombre de Culmí	Jocomico	1:30 horas a CMI en cabecera municipal	CESAR en otra comunidad cercana, CMI y CESAMO en cabecera municipal	Buen Pastor
		Culuco	45 min. a CMI		

hombres de 7 comunidades pertenecientes a 5 municipios de los departamentos de Copán, Olancho, La Paz e Intibucá. Asimismo, se realizaron entrevistas con 4 parteras, 12 proveedores de salud, 5 proveedores de salud al nivel comunitario y 5 líderes de la comunidad (ver cuadro 17).

La edad promedio de los entrevistados es de 29 años; 72% tiene educación primaria, y el 92 % se encuentra en algún tipo de unión marital (casado/unión libre). El promedio de embarazos por mujer es 4,4 (rango 2-13), con el promedio más alto en el municipio de Santiago de Puríngla en La Paz (5,4). A nivel general, el 59% del total de partos fueron en casa, con el porcentaje más alto de partos en casa en el municipio de Dulce Nombre del Culmi en Olancho (82%).

Embarazo y controles prenatales (CPN)

Más del 95% de las mujeres embarazadas tuvo por lo menos un CPN en su primer y último parto. No obstante, el número de CPN es ampliamente diverso, de 2 a 6 CPN, y resaltan las comunidades de Olancho donde la frecuencia de asistencia a los CPN fue la más baja (menos de 3 CPN)¹⁴².

Por lo general las mujeres embarazadas tienen controles con las parteras, quienes les ofrecen un masaje terapéutico (*sobada*) con el fin de reposicio-

nar o acomodar al bebé¹⁴³, como así también el CPN en los ES. Las mujeres van solas a las citas médicas y las que viven en las comunidades más alejadas reportaron que a veces tienen un acompañante o van en grupo de amigas. Cuando tienen un acompañante, por lo general, este no entra a la sala de atención

“A veces [mi esposa] va conmigo y cuando tiene una compañera que le toca vacunar o ir al control entonces ellas se reúnen y se van en grupito de dos o tres” (H-28, Olancho).

Una principal limitación para asistir a los CPN sería la oferta incompleta de servicios de salud. Los CPN se realizan en los ES del primer nivel más cercanos (CESAR o CESAMO), pero los análisis de sangre y orina se realizan en ES con laboratorio, lo cual significa otro traslado, tiempo adicional y por lo general una distancia mayor. Igualmente, la mayoría de las mujeres a quienes los médicos recomiendan un ultrasonido no lo realizan debido al costo de este examen (como en Copán donde se lo hacen en un ES privado) o el mal funcionamiento de los equipos, como se reportó en el departamento de Olancho.

La principal influencia para asistir a los CPN son las monitoras de salud quienes ejercen un rol clave de visita domiciliar que consiste en la promoción y el acompañamiento de la mujer embarazada a los CPNs.

142 La norma de la Secretaría de Salud indica un mínimo de cinco controles prenatales a toda embarazada.

143 Quatrocchi. 2007. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán.

Tabla 8. Descripción demográfica de los participantes

DEPARTAMENTO		INTIBUCA	LA PAZ	COPÁN	OLANCHO	TOTAL	
Municipio		Concepción	Santiago de Puranga	Cabanas-santa Rita	Dulce nombre del Clumi	n	%
Sexo	Mujeres	16	20	21	19	76	67
	Hombres	6	9	16	7	38	33
Subtotal		22	29	37	26	114	100
Edad del entrevistado	\bar{x}	26	31,17	32,46	27,96	29,39	
	rango	16-46	18-63	17-55	16-47	16-63	
Educación	Ninguna	3	2	6	6	17	15
	Primaria	16	21	26	19	82	72
	Secundaria o +	3	6	5	1	15	13
Estado marital	Casado(a)/ unión libre	20	25	35	25	105	92
	Soltero(a)/ viudo(a)	1	4	1	1	7	8
Etnicidad		mestiza-chortí	lenza y mestiza	mestiza-chortí	pech	N/A	
Religión		católica-evangélica	católica-evangélica	católica	católica-evangélica	N/A	
Edad en primer parto	\bar{x}	17,1	19,6	18,04	17,07	17,9525	
	Rango	15-22	14-26	14-24	12--23	12--24	
No. de embarazos*	\bar{x}	3,81	5,45	4,96	4	4,48	
	rango	2--9	2--12	2--13	2--8	2--13	
Partos en casa/no. total de partos		28/64	62/118	82/144	81/101	253/427	59
Partos en es/no. total de partos**		36/64	56/118	62/144	20/101	174/427	41
Parteras		1	2	1	0	4	
Proveedores de salud		1	3	3	5	12	
Proveedores de salud comunitarios		0	2	2	1	5	
Actores Comunitarios		1	1	2	1	5	
Subtotal		3	8	8	7	26	
Total (Σ de los subtotales)						126	

“Yo salía al CPN y cuando no quería ir, la monitorea de salud venía a buscarme” (M-33, Copán).

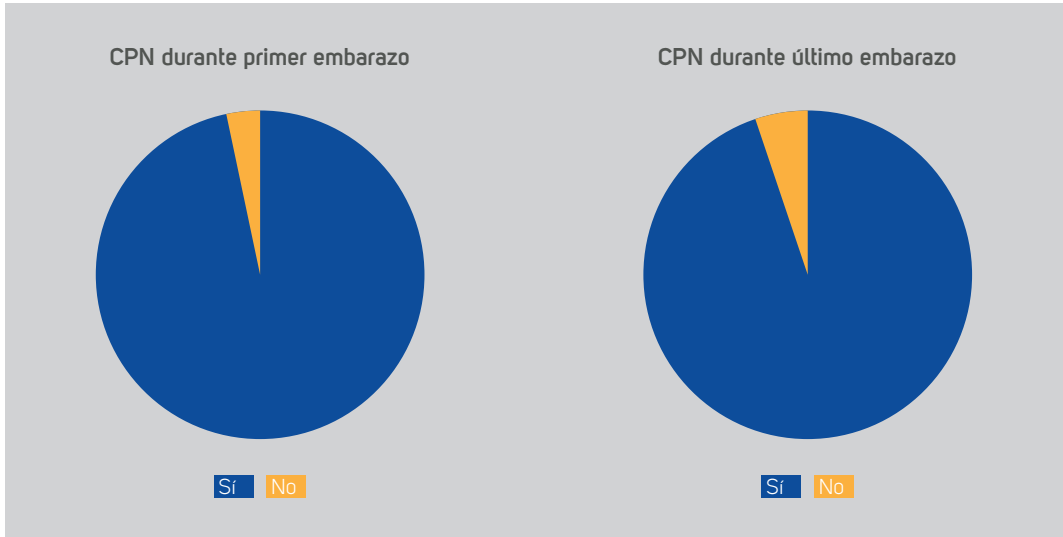
Red social durante el primer parto

La edad promedio en un primer parto fue de 18 años, con un rango de 12 a 24 años sin diferencias marcadas entre municipios o comunidades. Las comunidades de Olancho resaltan por un porcenta-

je más alto de partos en casa que en todas las demás comunidades.

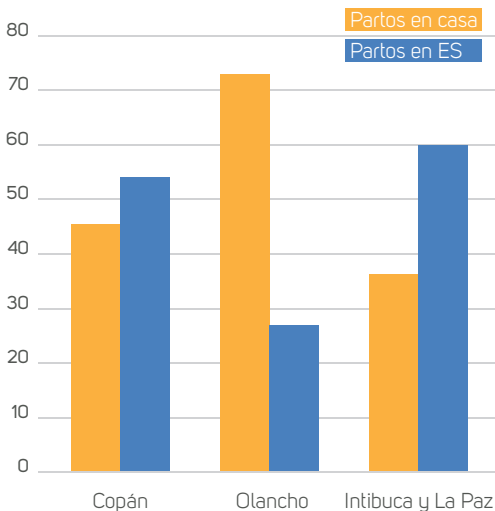
i) *Tamaño y estructura de la red social para el primer parto.* En las comunidades de **Copán y Olancho** el tamaño promedio de las redes sociales es de 6 actores para Copán y 4 actores para Olancho. En las comunidades de **La Paz e Intibucá** las redes sociales tienen un tamaño

Gráfico 54. Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo



promedio de 3 a 4 actores. En todas estas comunidades la estructuración de la red social, según su orden de importancia, se centra en i) miembros de la familia (cónyuge, madre) y ii) las parteras, que en un 28 % también fueron parte de la familia. El cónyuge y la partera resaltan por el apoyo que ofrecen a la mujer embarazada durante el parto y también por tener vínculos con los otros

Gráfico 55. Porcentaje del primer parto por lugar de atención y departamento



actores dentro de la red, como otros miembros de la familia, y fuera de la red como los servicios de salud. En las comunidades de Copán y La Paz se encontró una diferencia en esta estructura de red, donde los proveedores de salud del Centro Materno-Infantiles (CMI) son parte de las redes sociales.

Tomadores de decisión para el primer parto

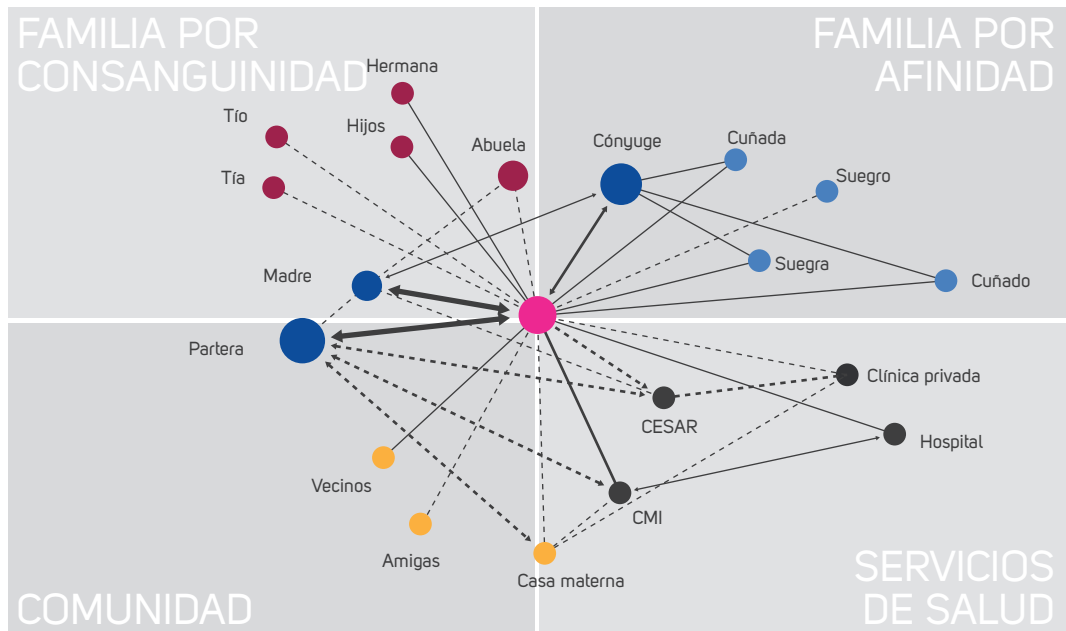
En todas las comunidades, la decisión de tener un parto institucional para un primer parto se centra principalmente en la pareja (mujer embarazada y cónyuge) y la propia mujer, especialmente en Olancho.

Red social durante un último parto

Un 87% de los entrevistados mencionó preferir un parto institucional durante un último parto, y un 67% de todos los entrevistados efectivamente tuvo un parto institucional, lo cual muestra un incremento del 20% en partos institucionales en comparación con un primer parto. Sin embargo, en las comunidades de Olancho un 70% de las mujeres aun prefieren los partos en casa.

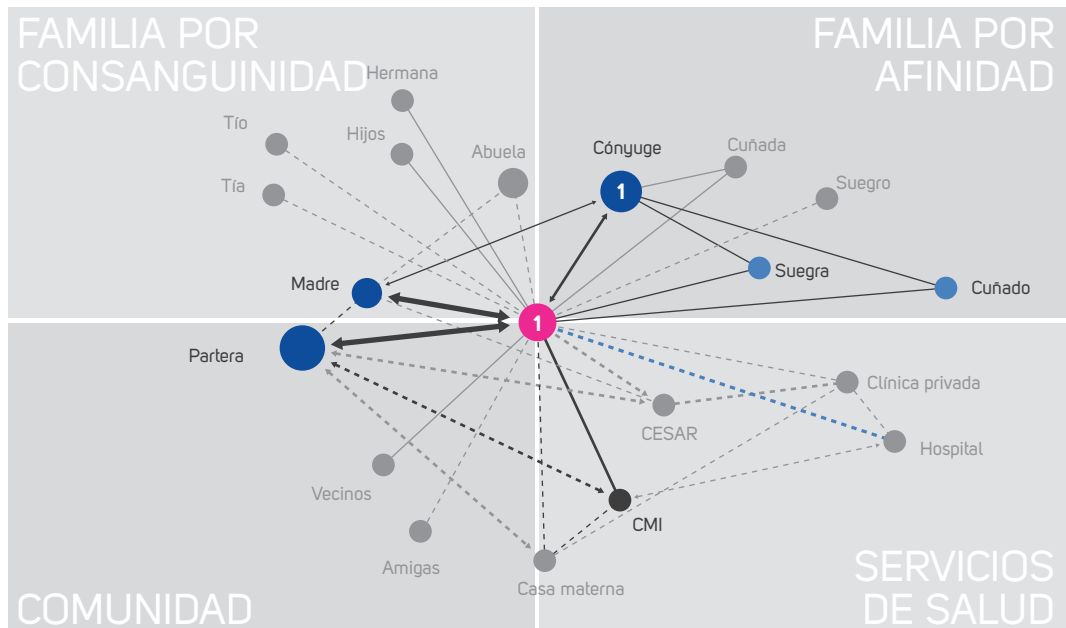
i) Tamaño y estructura de la red social para un último parto. En las comunidades de Copán y Olancho el tamaño promedio de las redes es de 4 actores en Copán y 5 actores en Olancho. La estructuración de la red social es similar a la de un primer parto y se centra en i) la familia (el cónyuge y madre) y ii) las parteras. En las comunidades de

Gráfico 56. Red general para primer parto. comunidades de Copán y Olancho



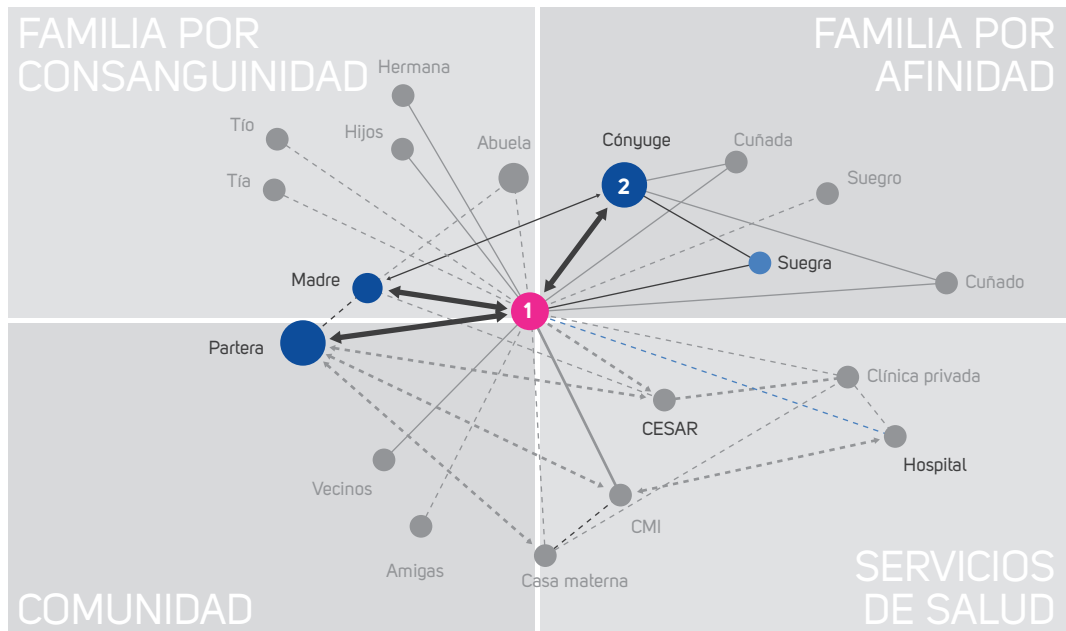
En esta red general se observan varios actores de los servicios de salud. Sin embargo, a excepción del CMI, los vínculos de estos servicios con el ego (mujer) son débiles. La partera, el cónyuge y la madre, aquí representados con círculos rojos, son actores centrales y con vínculos más fuertes con el ego (la mujer).

Gráfico 57. Red social para primer parto en CMI. Comunidades de Copán



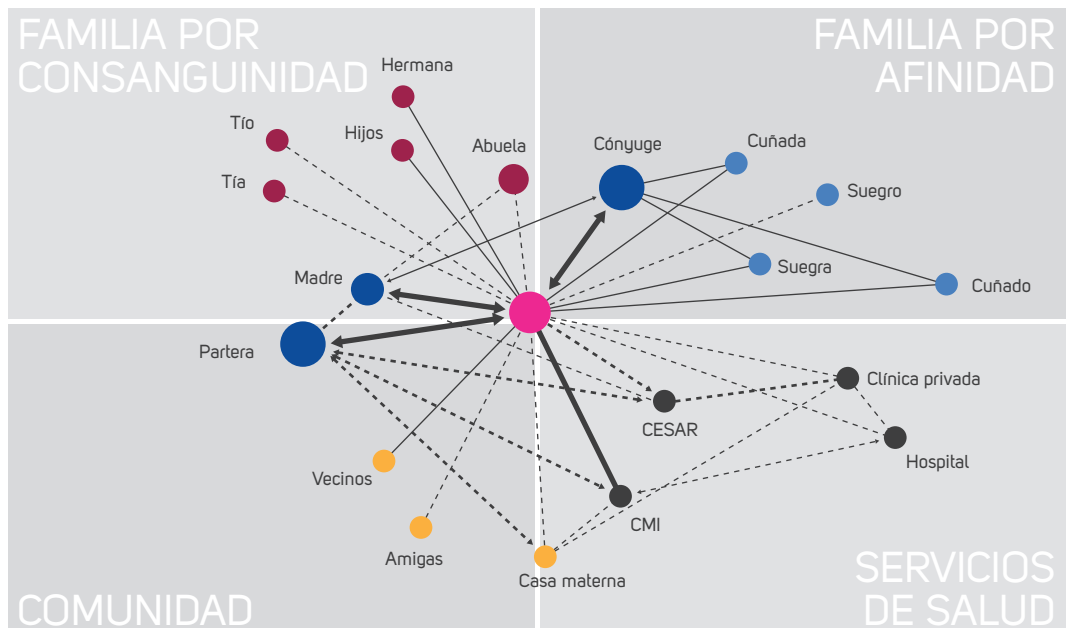
El gráfico 57 muestra un primer parto en un ES donde la pareja (mujer embarazada y cónyuge) son los tomadores de decisión en el lugar del parto.

Gráfico 58. Red social para primer parto en casa. Comunidades de Olancho



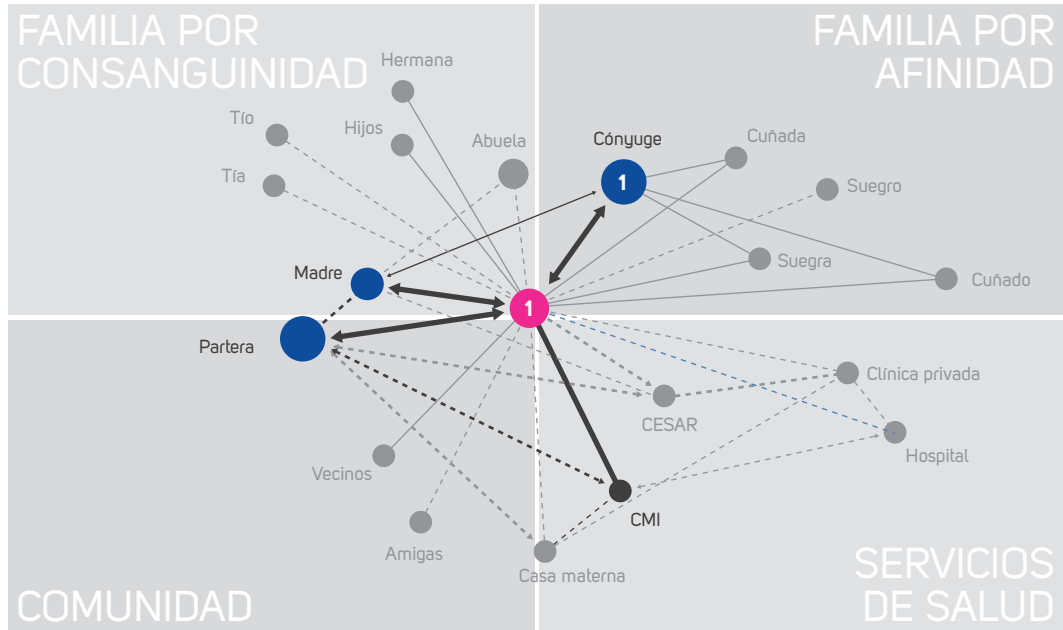
El gráfico 58 muestra un parto en casa donde la mujer embarazada es quien decide tener un parto en casa con partera.

Gráfico 59. Red general para primer parto. Comunidades de Intibucá y La Paz



Al igual que en las otras comunidades, a excepción del CMI, esta red general muestra varios actores de los servicios de salud con vínculos débiles con el ego (mujer).

Gráfico 60. Red social para primer parto en CS. Comunidades de Intibucá y La Paz



El gráfico 60 muestra al cónyuge de la mujer embarazada como el actor central dentro de la red y también como un tomador de decisión y la decisión de la pareja (mujer embarazada y cónyuge) de tener un parto institucional.

Copán los proveedores de salud del CMI también forman parte de esta estructuración y en Olancho también la comunidad (vecinos). Una diferencia con un primer parto en las comunidades de Copán sería la madre de la mujer embarazada quien cumple un rol secundario a las parteras y al CMI.

En las comunidades de La Paz e Intibucá el tamaño promedio de las redes es de 4 a 5 actores. En las comunidades de La Paz la estructuración de la red social se centra en i) la familia: el cónyuge, la madre de la mujer embarazada y ii) servicios de salud (hospital primario). Las parteras y los proveedores de salud del CMI pierden su importancia. En Intibucá, la estructuración de la red social para un último parto es más diversa y resalta el cónyuge como el actor más importante, seguido por los proveedores de salud del CMI, las parteras y los vecinos.

Tomadores de decisión para un último parto

Los tomadores de decisión son los mismos que para un primer parto: i) la pareja (mujer embarazada y cónyuge) y ii) la propia mujer embarazada.

Gráfico 61. Porcentaje del primer parto por lugar de atención y departamento

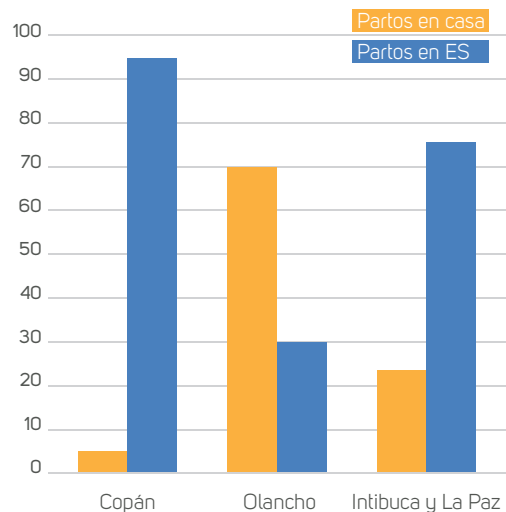
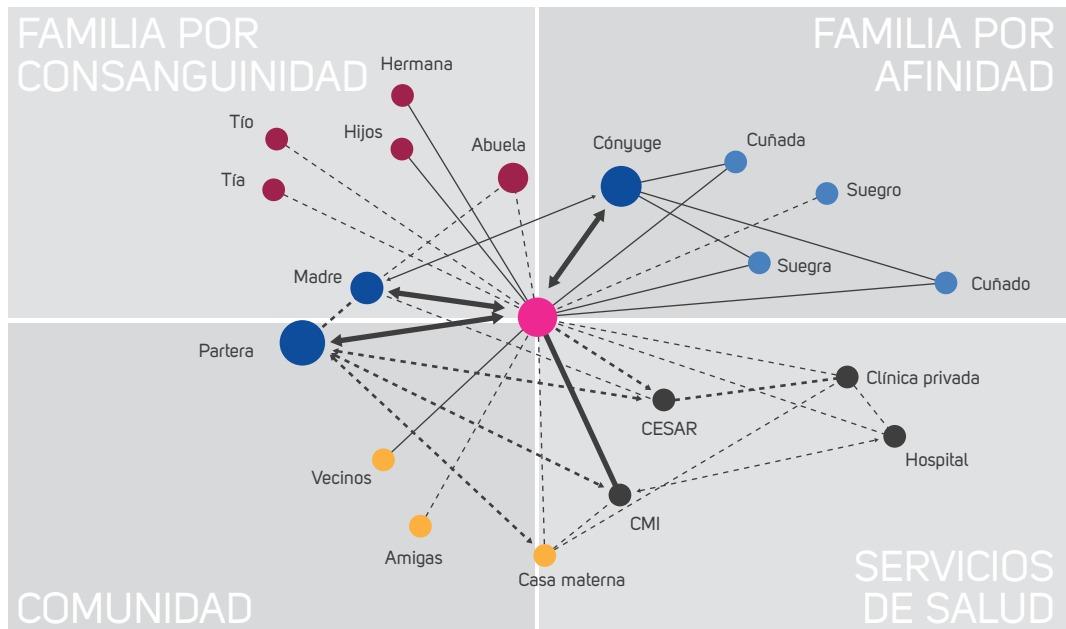
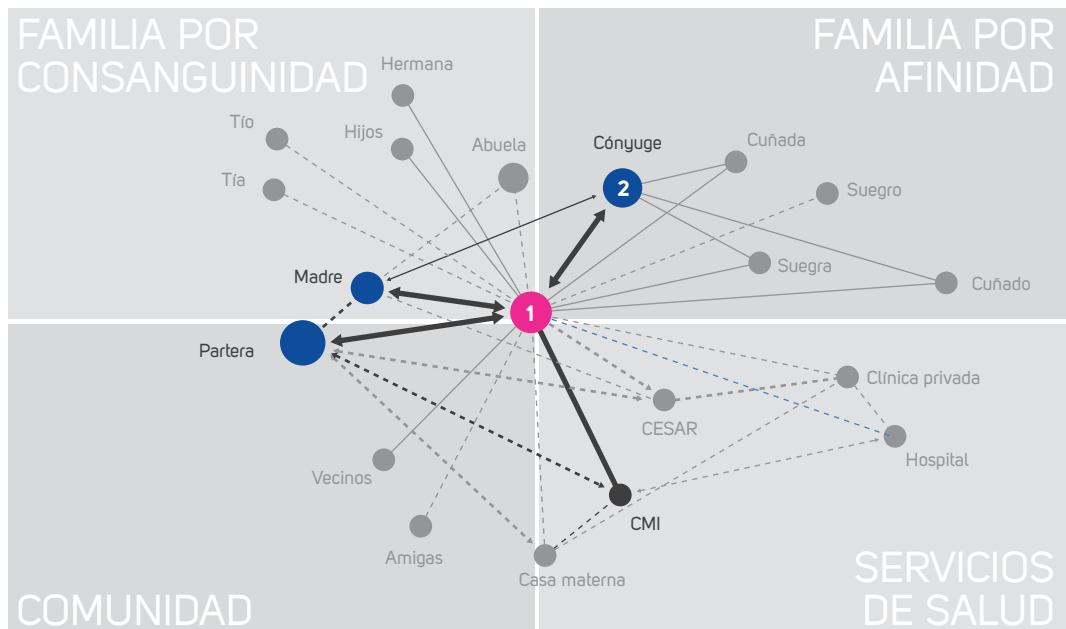


Gráfico 62. Red general para último parto. Comunidades de Copán y Olancho



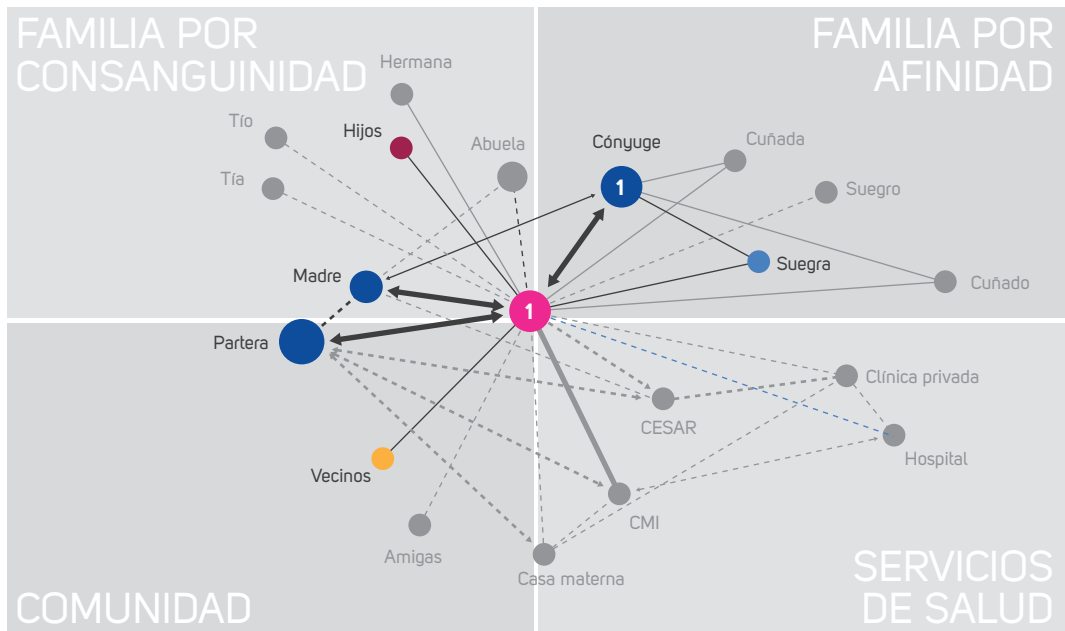
Al igual que en un primer parto, el gráfico 62 muestra la red general con todos los actores que ofrecieron algún tipo de apoyo a la mujer embarazada durante un último parto.

Gráfico 63. Red social para último parto en ES. Comunidades de Copán



El gráfico 63 muestra una red social tipo donde la mujer es quien decide tener un parto institucional (No. 1) y su cónyuge apoya esta decisión (No. 2). A pesar de ser un parto institucional, la partera es un actor importante.

Gráfico 64. Red social para último parto en ES. Comunidades de Olancho



El gráfico 64 muestra una red con participación de los vecinos y los hijos mayores. La pareja (mujer y cónyuge) son los tomadores de decisión (No. 1) para un parto en casa con partera.

Gráfico 65. Red general para último parto. comunidades de Intibucá y La Paz

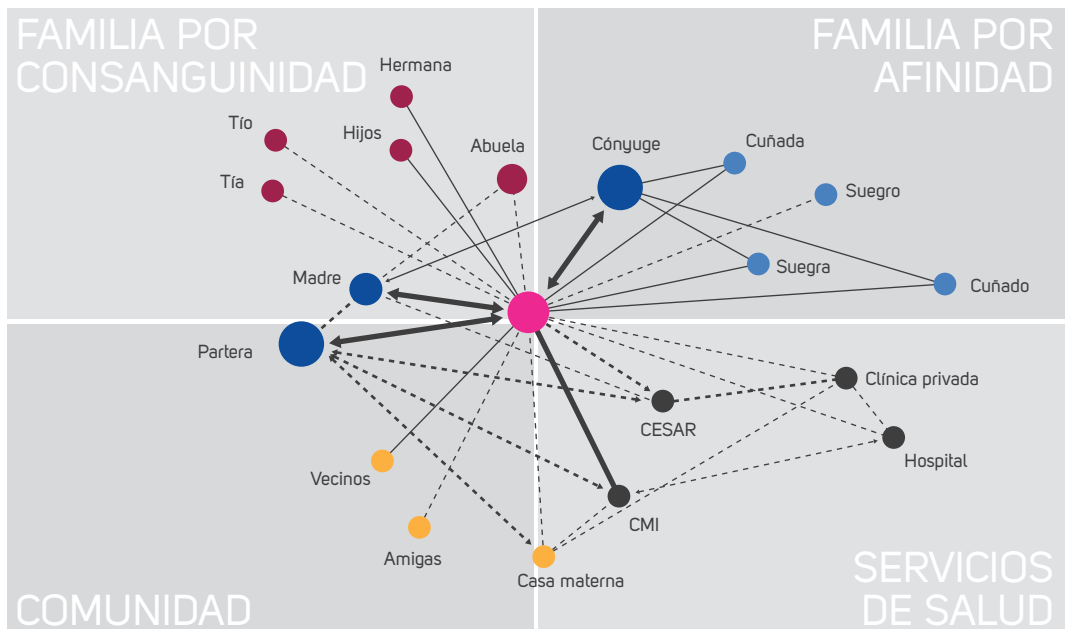
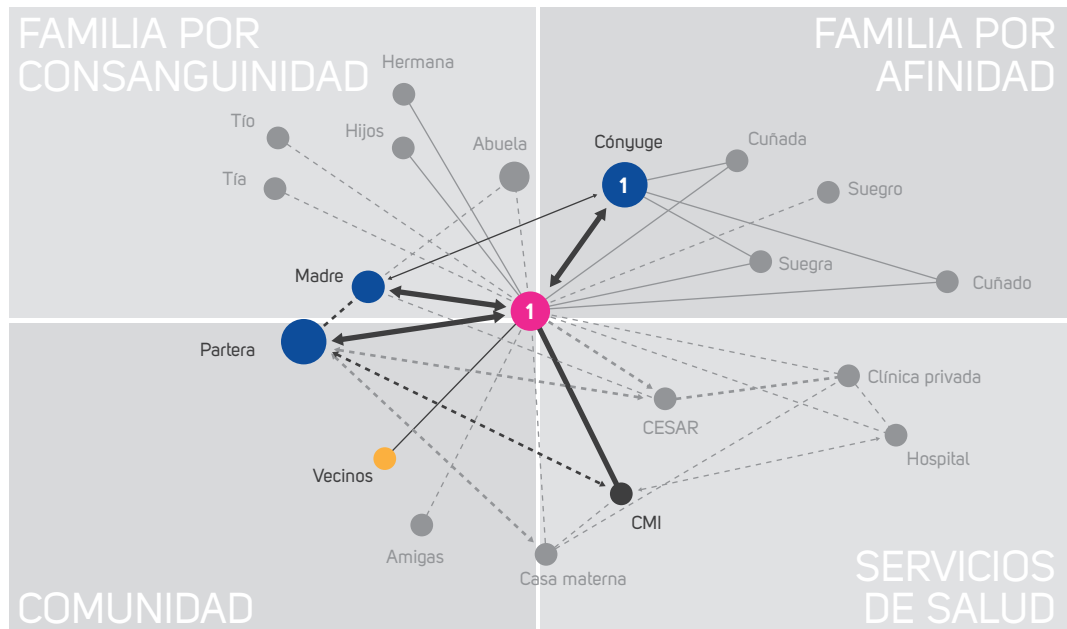
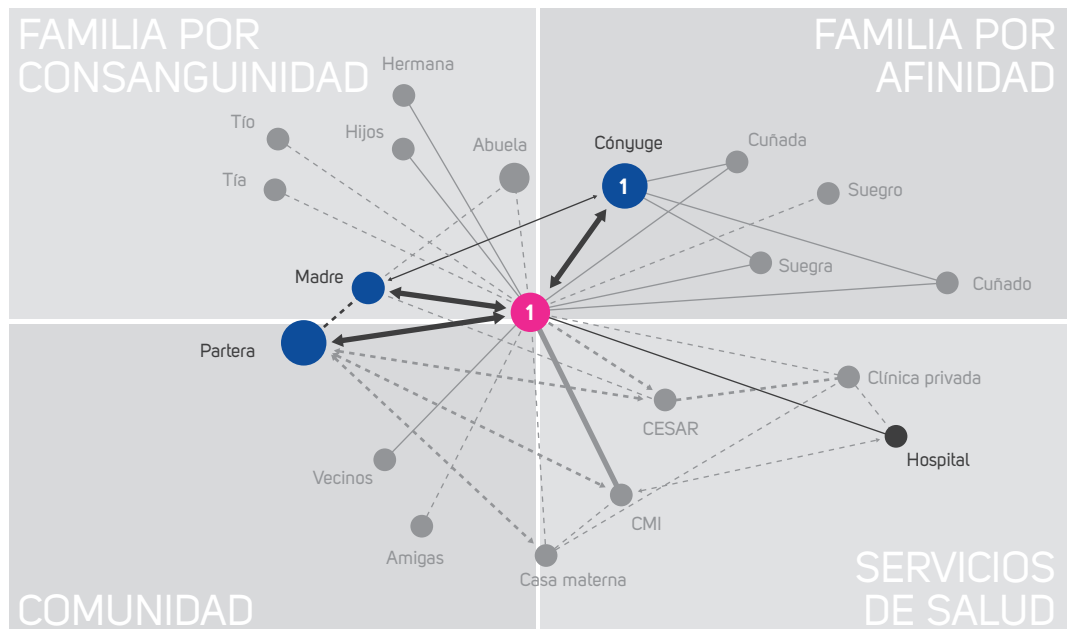


Gráfico 66. Red social para último parto en ES. Comunidades de Intibucá



El gráfico 66 muestra una red social "tipo" de Intibucá de un parto institucional en el CMI. La pareja toma la decisión y la partera y la madre son actores centrales.

Gráfico 67. Red social para último parto en ES. Comunidades de La Paz



El gráfico 67 muestra que el personal del hospital departamental toma relevancia y el personal de salud de la CMI es inactivo.

Motivos e influencias en el primer y último parto

El principal motivo para un parto institucional es la edad joven de la mujer embarazada y el hecho de que sea primeriza.

“Como yo era primeriza, entonces por eso decidí ir al (Hospital) La Esperanza”. (M-20, La Paz).

Entre los principales motivos para tener el parto en la casa se mencionó:

i) Experiencias en el primer parto. Las entrevistas demostraron que si un primer parto se desarrolla sin complicaciones, ya sea en la casa o en un ES, los próximos partos tienden a ser en el mismo lugar. No obstante, existe una tendencia a pensar que si un primer parto se desarrolla sin ningún problema en un ES o en la casa, los próximos partos también ocurrirán sin problemas y por lo tanto deciden tener su parto en casa.

“El anterior [parto] ligerito lo tuve, por eso decidí tener [este parto] en la casa”. (M-32, La Paz).

ii) Falta de reconocimiento de la iniciación del parto. Varias personas y, en particular, las mujeres primíparas, mencionaron que los dolores de parto duraron medio día o más, pero según las entre-vistas, no estaban seguras de si los dolores representaban inicio del trabajo de parto. Inversamente, en algunos casos el trabajo de parto duró menos de 3 horas.

“Quería tener en el hospital, pero tuve en la casa porque no me dio tiempo de llegar...[el hospital] esta largo de aquí”. (M-30, Olancho).

iii) partos antes de la fecha esperada: Por lo evidenciado en las entrevistas, varias personas asumen la fecha estimada del parto como una “fecha exacta.”

“Fue [en casa] por equivocación de la fecha, porque bueno habían dicho va ser el 10 y le toco el 5. Siempre yo he estado en apuros por las fechas”. (H-28, La Paz).

iii) Falta de actores en la red social que apoyen a las mujeres mayores y múltiparas en el cuidado de los hijos menores y en los quehaceres del hogar para que ella pueda ir a un ES.

“Lo tuve en la casa porque tenía al otro varón, lo hice porque yo pensaba en él, porque decía yo

‘quién me lo iba a cuidar, quién me le iba a dar alimento’ (M-23, Olancho).

En general la mayoría de los hombres mencionaron preferir el parto institucional, pero que la mujer embarazada es quien prefiere tener el parto en casa. Asimismo, las mujeres mencionaron que sus cónyuges, en particular aquellos que migraron a los Estados Unidos, recomiendan o prefieren el parto institucional.

“Yo quería tener en la casa pero el papá del bebé no, no quiso que me quedara en la casa” (M-23, Olancho).

Emergencias obstétricas

El 28% (27) de los entrevistados mencionó haber tenido una emergencia obstétrica y/o neonatal durante un primer o último parto. A excepción de una persona, todas decidieron acudir a un ES y seguir las recomendaciones y decisiones del personal de salud, por lo general de transferencias a un ES del segundo o tercer nivel.

i) *Tamaño y estructura de la red durante una emergencia obstétrica.*

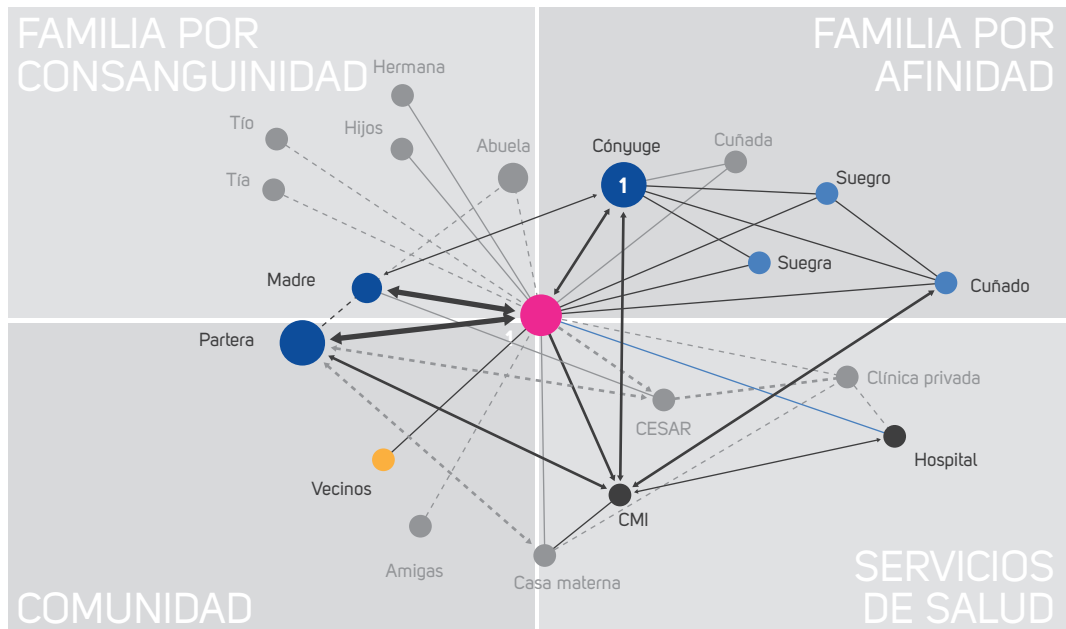
Las redes sociales, que durante partos normales se centran en la familia, se transforman e incluyen a miembros de la comunidad (parteras, vecinos) y se observa una mayor participación de la familia del cónyuge (cuñados, tíos). Esta adición de actores resulta en redes sociales más grandes que en partos normales y una mayor participación de los varones.

ii) *Tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica.*

Se preguntó a las personas sobre quiénes tomaron la decisión de ir a un ES y movilizarse durante una emergencia obstétrica. Las personas mencionaron a la pareja (mujer y cónyuge), la propia mujer embarazada y a veces el cónyuge. A las personas que no reportaron emergencias se les preguntó sobre una situación hipotética y también mencionaron a la pareja. La diferencia fue que, en casos hipotéticos, se asume que el cónyuge es quien toma las decisiones, mientras que en los casos reales el rol del cónyuge no es necesariamente decisivo pero sí es quien debe movilizarse para encontrar un medio de transporte a un ES.

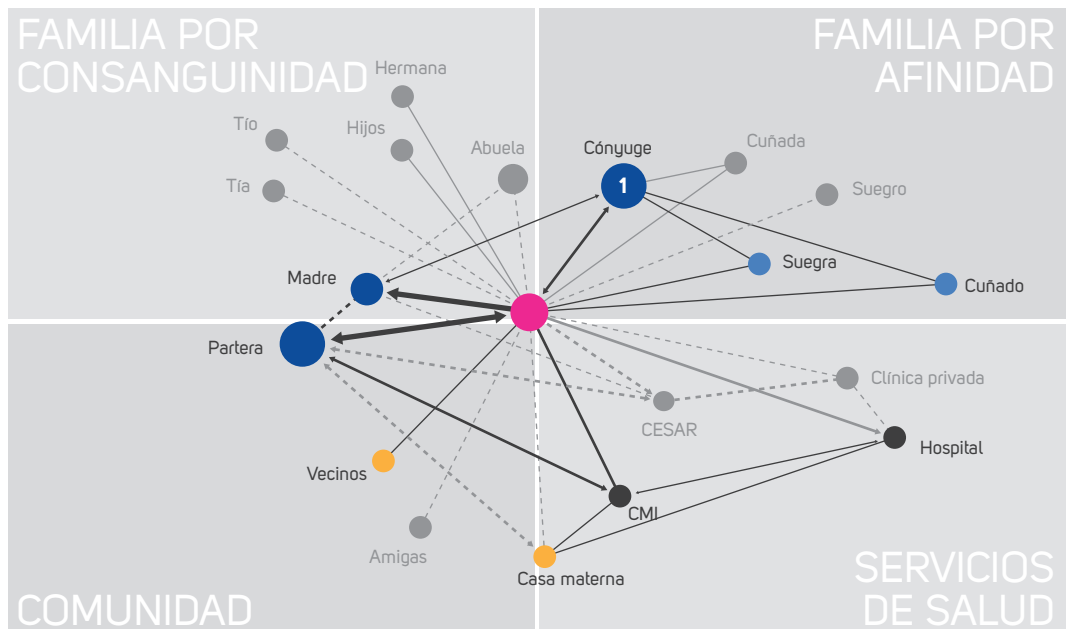
A pesar de que en los testimonios se destaca el rol de las monitoras/es y promotoras/es de salud en la promoción de la salud y asistencia al CPN, estos actores no son relevantes durante emergencias obstétricas y neonatales.

Gráfico 68. Red social durante una emergencia. Comunidades de Olancho



El gráfico 68 muestra una emergencia donde el cónyuge busca apoyo de su red personal (cuñado y suegro para movilizar a la mujer parturienta al CMI). Este parto fue planeado en casa pero la pareja (mujer y cónyuge) decide trasladarse al CMI.

Gráfico 69. Red social durante una emergencia. Comunidades de Intibucá



El gráfico 69 muestra una emergencia donde primero la mujer llega al CMI, de ahí la envían a la casa materna, vuelve al CMI y de ahí la envían al hospital departamental, para después regresar a la casa materna.

Factores e influencias durante una emergencia obstétrica

i) parteras vinculadas al sistema de salud: Si bien las parteras no aparecen como tomadoras de decisión, ellas son claves para detectar los signos de alarma e influenciar a la familia para trasladar a la mujer embarazada a un ES. Las parteras que son capacitadas por los ES por lo general tienen vínculos positivos con estos servicios y por lo tanto son actores claves en la recomendación de parto institucional y pueden o no recibir un incentivo monetario por estas recomendaciones.

“Incluso ellas [las parteras] como están capacitadas, detectan si hay algún riesgo entonces al ver que paciente presenta una complicación antes de los dolores (de parto), ella la refiere para acá” (Personal de salud, Copán).

ii) Plan de acción poco evidente: Varias personas no tenían una ruta de acción concreta y evidente. En las entrevistas no estaba claro quién era la persona a cargo de buscar transporte, o si las personas deberían ir primero al ES más cercano de primer nivel como el CMI o ir directamente a un ES del segundo o tercer nivel.

iii) Tercera demora: Varias personas entrevistadas, en especial aquellas del departamento de Olancho, aludieron a demoras en ser atendidas. En muchos casos, los hospitales no tenían camas disponibles, en otros casos había poca claridad sobre quién era responsable de las referencias.

“La placenta no salía y no salía”, [entonces] pagamos un carro de emergencia al hospital de La Paz. No me atendieron y me mandaron para [el hospital en] Comayagua, que me dijeron que era pedazo de carne que andaba acá. De Comayagua me refirieron para el Hospital Escuela pero me devolví para La Paz. La placenta se me explotó, llegando al hospital los médicos se asustaron al ver eso... mucha sangre como agua... ahí sí recién me atendieron y de ahí salió la placenta... luego me hicieron legrado” (M-35, La Paz).

Discusión

i) Tamaño y estructura de las redes sociales. En general, el tamaño de la red social aumenta de un primer a un último parto, lo cual parecería indicar que las mujeres reciben menos apoyo en un primer parto. No obstante, el tamaño de la red no necesariamente refleja el nivel de apoyo o la calidad de vínculos. Las mujeres multíparas pueden tener redes más grandes y más actores, pero estos

por lo general no cuentan con la información necesaria para reconocer signos de alarma, ni tienen poder dentro de la red para tomar decisiones. Es más importante contar con uno o dos actores en la red que sepan reconocer signos de alarma y que tengan acceso a recursos económicos para movilizar a la mujer embarazada que contar con seis o siete actores desinformados.

La estructuración de las redes sociales se basa en la familia y es patrilocal: las parejas casadas o en unión libre permanecen en la casa de los padres del hombre. Como resultado, este patrón centraliza al cónyuge como un actor central, constante y como un tomador de decisiones. Las redes personales del cónyuge (en particular otros hombres de su familia como hermanos o tíos) son claves en la resolución de las emergencias obstétricas. Según este patrón, se esperaría también que la suegra de la mujer embarazada tenga un rol importante; sin embargo, en el análisis de las redes sociales la suegra tuvo poca influencia y una presencia discontinua en las redes.

En los municipios de Copán y La Paz, la calidad de la oferta de servicios de salud ubica al personal de salud de los CMI como actores centrales de la red social, en particular en un primer parto. Esto indica que la percepción de una buena calidad de oferta de servicios, y la accesibilidad geográfica y económica tienen una alta incidencia en la demanda de servicios.

ii) Las parteras: Ellas son actores claves durante el embarazo y parto, y ejercen influencias profundas durante emergencias obstétricas porque saben reconocer los signos de alarma y por sus vínculos con los establecimientos de salud. Sin embargo, la profesionalización de las parteras ha creado también ambigüedades en sus vínculos con las familias y los ES, y una polarización entre las parteras tradicionales, las capacitadas, y las preferencias de las familias por una u otra.

iii) Controles prenatales (CPN): los esfuerzos del gobierno en la promoción a la asistencia al CPN son evidentes en la alta asistencia a estos (más del 95% de los entrevistados reportaron haber tenido por lo menos un CPN). Sin embargo, esta alta asistencia al CPN no necesariamente se convierte en partos institucionales y tampoco en un mejor conocimiento de los signos de alarma del embarazo y parto. Muchas personas no realizaron los análisis básicos durante los CPN o no conocían los resultados de estos. Varios entrevistados señalaron la fecha tentativa de parto como una fecha exacta, y no planearon un posible adelanto o retraso del parto. Los CPN representan importantes oportu-

nidades de compartir información con miembros de la red social de la mujer embarazada, por lo que se debería promover o permitir la participación de los acompañantes en estos controles.

v) *Uso infrecuente de las casas maternas:* Pese a que todos los CMI de cada municipio en este estudio contaban con una casa materna que ofrece servicios similares, como camas, ambientes de

cocina, lavandería, áreas sociales, etc., solo la casa materna del municipio en La Paz fue mencionada en las redes sociales durante un primer parto y hubo quejas sobre las condiciones de esta¹⁴⁴.

“[La casa materna] no me gustó mucho, no me dieron agua. Todo tiene que ser comprado allá, hasta el agua.” (M-27, La Paz).

144 En las visitas realizadas a las casas maternas de todos los municipios se observó de manera anecdótica que la mayoría de las hospedadas eran mujeres jóvenes y muchas de ellas primíparas.

Capítulo 8

Nicaragua

Resumen ejecutivo

En la última década, Nicaragua se ha destacado por su estabilidad económica y rápida recuperación de los desequilibrios políticos y climáticos. Los indicadores macroeconómicos se mantienen estables, con un crecimiento económico estimado del 4,2% en 2013, y con avances importantes en la salud materna. La tasa de fecundidad disminuyó de 6 en 1985 a 3,1 en 2004, y la tasa de mortalidad materna (TMM) bajó de 125 por 100.000 nacidos vivos en 1996 a 71 por 100.000 nacidos vivos en 2010¹⁴⁵.

Pese a estos avances, Nicaragua sigue siendo uno de los países menos desarrollados en Latinoamérica, con más del 80% de su población pobre viviendo en áreas rurales de difícil acceso. Asimismo, aunque la mortalidad materna ha disminuido a nivel nacional, en las comunidades indígenas y rurales esta sigue siendo alta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 55% de las mujeres que viven en áreas rurales tienen sus partos en casa, y las mujeres adolescentes representan aproximadamente un tercio de las muertes maternas.

Resultados

Para el presente estudio se entrevistó a un total de 189 personas entre mujeres, hombres, parteras, personal de salud, y actores de la comunidad tales como líderes locales y otros.

Las redes sociales en Nicaragua son relativamente grandes, de 4 a 6 actores como promedio, con una tendencia a disminuir entre un primer y último parto.

En todas las comunidades la red social se estructura alrededor de i) la familia (la madre, cónyuge, hermanas de la mujer embarazada), ii) las parteras, que en un 40% también son parte de la familia y iii) el personal de salud local, donde resaltan los roles de los brigadistas y enfermeros de los Puestos de Salud Familiar Comunitarios (PSFC). Los patrones de residencia matrilocales de las comunidades indígenas otorgan poder a la dñada madre-hija convirtiéndolas en tomadoras de decisiones sobre el lugar del parto. En las comunidades mestizas, los patrones de residencia patrilocales centran al cónyuge como el actor principal de la red y tomador de decisión conjuntamente con la propia mujer. Asimismo, los actores comunitarios

como brigadistas de salud y enfermeros auxiliares ejercen gran influencia en las decisiones sobre el lugar del parto y son el puente de conexión más importante entre los servicios de salud y las comunidades, particularmente durante emergencias obstétricas.

Las mujeres multíparas mayores y las mujeres indígenas reportaron bajo uso de las casas maternas. Las razones principales por el bajo uso fueron: (i) falta de apoyo para cuidar a hijos menores (multíparas con redes sociales pequeñas y/o débiles), (ii) falta de camas y (iii) prohibición de la estadía del acompañante, en especial si este es varón, lo cual excluye a este actor clave de la red social y limita el apoyo a la mujer embarazada.

Durante emergencias obstétricas, las redes sociales aumentan en tamaño, incluyendo de 1 a 2 actores adicionales. Los brigadistas de salud y enfermeros de los PSFC son actores e influencias poderosas durante emergencias. Las personas buscan el apoyo de estos actores ya sea para identificar o confirmar las emergencias y pasar a la acción, o para movilizar a la mujer embarazada. Sin embargo, los brigadistas y enfermeros de los PSFC carecen de insumos básicos para realizar su trabajo (por ejemplo, no tienen radios de comunicación, ni tampoco acceso a ambulancias). Asimismo, la red personal del cónyuge (por lo general, otros varones como amigos, vecinos, compañeros de trabajo) también participa activamente en la movilización de la mujer a un ES, ya sea por tener recursos directos (lancha, carro) o por tener vínculos con personas que ofrecen estos recursos.

Antecedentes

Un estudio realizado en la costa atlántica de Nicaragua encontró que la etnicidad, estado socioeconómico, educación y ubicación geográfica son predictores significativos de comportamientos relacionados con la salud, y que los lugares más pobres y más remotos y con menos acceso a la atención biomédica, tienen más probabilidad de conservar sus prácticas de salud tradicionales¹⁴⁶. Los resultados de otro estudio del mismo autor, realizado en Bluefields y en varias aldeas de los alrededores que representan los diferentes grupos étnicos de la región atlántica, demostraron que los partos en casa fueron más comunes entre los

encuestados con menos educación; sin embargo, las personas con menos educación reportaron visitas más frecuentes a los centros de salud.

Otro estudio realizado en 2007 evaluó la relación entre el capital social y los comportamientos relacionados con la salud en 6 comunidades de Nicaragua. Este estudio concluye que el capital social y las redes sociales están relacionados con la salud, y que por ejemplo una membresía en una organización comunitaria está vinculada con un mayor bienestar mental y físico, mayor vacunación de niños e incremento en la esperanza de vida¹⁴⁷. Basado en la literatura de capital social, los autores describen dos aspectos claves de capital social: (i) cognitivo (definido como confianza social) y (ii) membresía (pertenencia a grupos cívicos u otras organizaciones comunitarias).

Un estudio realizado en 2011 señala varias barreras para el acceso a los servicios de salud que las comunidades indígenas y rurales deben superar. Entre estas barreras se nombró:

- i. barreras económicas: por los gastos directos e indirectos de transporte y movilización;
- ii. barreras geográficas: por la distancia y ausencia de transporte, medios de comunicación y riesgos de trayecto;
- iii. barreras culturales: por preferencias de partos en casa con parteras y problemas de comunicación por el idioma;
- iv. barreras de atención: falta de personal médico, falta de atención con calidad y calidez, y falta de condiciones mínimas en las casas maternas.

Características demográficas y socioeconómicas

Se identificó un total de 8 comunidades en cuatro municipios de los departamentos de Matagalpa y la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) para participar en este estudio.

Oferta de Servicios de salud del MINSA en los departamentos de Matagalpa y RAAN

Desde 2007 el Ministerio de Salud implementa el Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAF),

146 Barrett, Bruce. 1993. Health Care Behavior on Nicaragua's Atlantic Coast. *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, No. 3, pp. 355-368.

147 Mitchell, Andrew David; Thomas J. Bossert. 2007. Measuring dimensions of social capital: Evidence from surveys in poor communities in Nicaragua. Volume 64, Issue 1, January 2007, Pages 50-63.

Tabla 9. Comunidades de trabajo para el estudio de redes sociales

MATAGALPA		REGIÓN AUTÓNOMA ATLÁNTICO NORTE (RAAN)					
<p>Se encuentra en la región central de Nicaragua y es el centro administrativo de la región (alta productividad agrícola y una amplia diversidad de productos). El café es el producto más importante de la región y de mayor exportación de Nicaragua¹⁴⁸.</p> <p>El <i>Municipio de Tuma La Dalia</i> se encuentra estructurado alrededor de dos asentamientos urbanos: El Tuma y La Dalia. Su posición geográfica y red vial lo convierten en paso obligatorio para el norte y la Costa Caribe. Su actividad económica principal es la producción de café, y en las épocas del año que no hay cortes del grano, la mayor parte de su población se dedica a la agricultura de subsistencia. La población de este municipio es mayoritariamente mestiza.</p>		<p>Representa el 54% del área de la Costa Caribe Nicaragüense (26,5% de la nación) y tiene una incidencia del 70,9% de pobreza extrema¹⁴⁹. La principal fuente de ingreso de la región consiste en agricultura, ganadería y pesca, con una tendencia de incremento en el comercio, particularmente el turismo. El modo de producción se basa en la coexistencia de tres tipos de economía: la campesina, la indígena y la empresarial exportadora de materias primas (maderas y minería principalmente). Estas actividades se caracterizan por tener una baja productividad y un bajo rendimiento debido a la falta de infraestructura vial y productiva, así como la ausencia de un modelo tecnológico y productivo apropiado¹⁵⁰.</p> <p>La población del Atlántico Norte es multiétnica, con predominio de comunidades miskitas y mayagnas, y en menor porcentaje comunidades criollas y mestizas. Durante la década de 1980, el gobierno promovió diferentes expresiones organizativas y asociativas de la población; en particular, se desarrollaron organizaciones comunitarias destacándose aquellas que promueven la salud (comités comunitarios, brigadistas y promotores de salud), lo que permitió el desarrollo en el país de una importante tradición y práctica participativa, y un notable liderazgo local¹⁵¹.</p>					
Municipio	Tuma La Dalia	Mulukuku		Bonanza		Puerto Cabeza	
Comunidad	San Francisco San Joaquín	Lisawe	Sarawas	Sakalwas	Espayulina	Tuapi	Ninayari
Población proyectada 2011	65.449	39.179		23.503		85.098	
IPE*	62,70%	70,90%		71,20%		63,90%	
Población indígena	0,00%	0,00%		47,00%		42,00%	
Hospital primario	Héroes y Mártires San José de las Mulas	Comandante Carlos Fonseca		Esteban Jaens Serrano		Nuevo Amanecer	
Distancia a hospital	<2 horas	<2 horas		<2 horas		<3 horas	

Fuente: Anuario estadístico 2009 INIDE, Censo 2000, OPS: Caracterización RAAN, 2007.
*Índice de Pobreza Extrema

que se organiza a través del sistema local de atención integral en salud (SILAIS) en cada departamento y región de Nicaragua¹⁵². El Modelo de Atención Intercultural de la RAAN (MASIRAAN) incluye componentes de integralidad, reciprocidad, interculturalidad, atención diferenciada, equidad, calidad y acceso equitativo a los recursos y la humanización del parto institucional (o adecuación cultural del parto)¹⁵³.

Estos son algunos ejemplos de los varios esfuerzos del Ministerio de Salud para mejorar la oferta de los servicios de salud. No obstante, la oferta de servicios enfrenta dificultades y limitaciones. Los hospitales primarios y regionales tienen escasez de recursos humanos (médicos y enfermeras) para completar turnos en el hospital y los PSFC carecen de radios para una comunicación efectiva y tienen limitaciones con el uso de las dos ambulancias (son pocas y les falta mantenimiento¹⁵⁴).

148 Demografía de Nicaragua: Departamento de Matagalpa. <http://www.xolo.com.ni/nicaragua/demo/matagalpa.asp>.

149 Caracterización de las poblaciones en riesgo de la RAAN. Huracán Félix. Septiembre 2007. OPS.

150 Informe de Desarrollo Humano 2005: Las regiones autónomas de la Costa Caribe.

151 "Colocando la nutrición en la agenda política del gobierno". Informe al Banco Mundial. M.Vijil. p. 16.

152 Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud. 2013. Experiencias de salud comunitaria en Nicaragua.

153 Ministerio de Salud. 2010. Marco de planificación para pueblos indígenas y comunidades étnicas.

154 La señal de telefonía móvil es muy baja, y para tener acceso debe subirse al cerro. Según las entrevistas, los hospitales primarios no cuentan con presupuesto para esto, y el personal de salud ha tenido que cubrir estos costos por cuenta propia.

Cuadro 20. Pueblos indígenas de la RAAN¹⁵⁵

Miskitos

Conformados por 250 comunidades asentadas a lo largo del Río Coco o Wangky en el municipio de Waspan, Wiwilí de Jinotega, El Cuá, San José de Bocay, en los llanos de Puerto Cabezas y en los litorales costeros de la RAAN.

Idiomas predominantes: criollo, inglés y español.

Religión: Iglesia de Moravia y evangélica.

Poco se sabe sobre los miskitos y la época precolonial. Algunos estudios los relacionan con la familia lingüística “Misumalpa” de origen macrochibcha y apunta una procedencia sudamericana. Los primeros datos históricos pertenecen al siglo XVII y hacen referencia a las interacciones entre miskitos y esclavos africanos naufragos.

Mayagnas

Conformados por 45 comunidades concentradas en la RAAN en los municipios de Wiwilí de Jinotega, El Cuá, San José de Bocay, Waspán, Rosita, Bonanza y Siuna.

Los mayagnas conservan su lengua propia llamada sumo que “es parte de la familia sumalpa que reúne a los habitantes contemporáneos con el extinto matagalpa”.

La religión predominante es la Iglesia de Moravia.

Los mayagnas están organizados en niveles comunales y territoriales, donde sobresalen el consejo de ancianos, el síndico o líder encargado de administrar las tierras, el wisyang o juez territorial y comunal, los guardabosques y la nación mayagna, que es la máxima organización del pueblo mayagna.

Tabla 10. Servicios de salud del MINSA en los municipios de estudio

MUNICIPIO	TUMA LA DALIA	MULUKUKU	BONANZA	PUERTO CABEZA
SILAIS	Matagalpa	Las Minas	Las Minas	Bitwi
No. de PSFC*	5	5	8	37
No. de Casas maternas	1	1	1	1
ES del MINSA	Hospital primario Héroes y Mártires San José de las Mulás	Hospital primario Comandante Carlos Fonseca	Hospital primario Esteban Jaens Serrano	Hospital regional Nuevo Amanecer**
Servicios del ES	Gineco-obstetricia, con servicio de observación para adultos en medicina y cirugía general, pediatría, laboratorio. Ultrasonido, sin cuidados intensivos	Gineco-obstetricia, con servicio de observación para adultos en medicina y cirugía general, pediatría, laboratorio, quirófano	Gineco-obstetricia, con servicio de observación para adultos en medicina y cirugía general, pediatría, laboratorio	Gineco-obstetricia, con servicio de observación para adultos en medicina y cirugía general, pediatría, laboratorio. Cirugía general sin cuidados intensivos
ES de referencia	Hospital de Matagalpa	Hospital regional Matagalpa. Hospital Boaco	Hospital primario de Siuna y Rosita	Este hospital es el ES de referencia de otros municipios

*PSFC (Puesto de salud familiar y comunitario).

**Este municipio también cuenta con un policlínico y un centro de salud familiar.

155 Centro para la Autonomía y Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 2012. Nicaragua: Nota técnica de país sobre cuestiones de los pueblos indígenas. Nicaragua y su riqueza. <http://vianica.com/spgo/specials/32-actuales-pueblos-indigenas-de-nicaragua.html>.

Tabla 11. Descripción demográfica de los participantes

NICARAGUA							
Departamento		MATAGALPA		RAAN		n	%
	Municipio	TUMA LA DALIA	MULUKUKU	BONANZA	PUERTO CABEZA		
Sexo	Mujeres	30	26	24	25	105	71
	Hombres	15	11	10	7	43	29
Subtotal		45	37	34	32	148	100
Edad del entrevistado	(promedio)	31	32	35	28	31,5	
	rango	17-82	16-58	17-75	17-49	16-82	
Educación	Ninguna	8	14	3	0	25	17
	Primaria	30	10	8	10	58	39
	Secundaria o +	4	12	22	20	58	39
Estado marital	Casado(a)/ unión libre	30	32	16	26	104	70
	Soltero(a)/ viudo(a)	7	5	13	5	30	20
Etnicidad		Mestiza	Mestiza	Mayagna	Miskita	-	-
Religión		evangélica y católica	evangélica y católica	Moravia	Moravia y evangélica	-	-
No. de embarazos*	(promedio)	4,2	4,5	5,6	4,13	4,6	
	rango	2-9	2-8	2-10	2-7	2-10	
Edad en primer parto	promedio	17	18,96	18,04	19	18,25	
	rango	14-26	11-27	13-28	15-20	11-28	
Partos en casa/Total de partos		91/152	66/117	52/130	26/85	235/484	48
Partos en ES/Total de partos		60/152	44/117	68/130	49/85	221/484	45
ACTORES DE LA RED SOCIAL							
Parteras		6	5	9	3	23	
Proveedores de salud		2	2	2	3	9	
Proveedores de salud comunitarios		2	2	2	1	7	
Actores comunitarios		0	0	2	0	2	
subtotal		10	9	15	7	41	
TOTAL (∑ de los sub totales)		55	46	49	39	189	

*No incluye primíparas; solo mujeres con 2 o más embarazos.

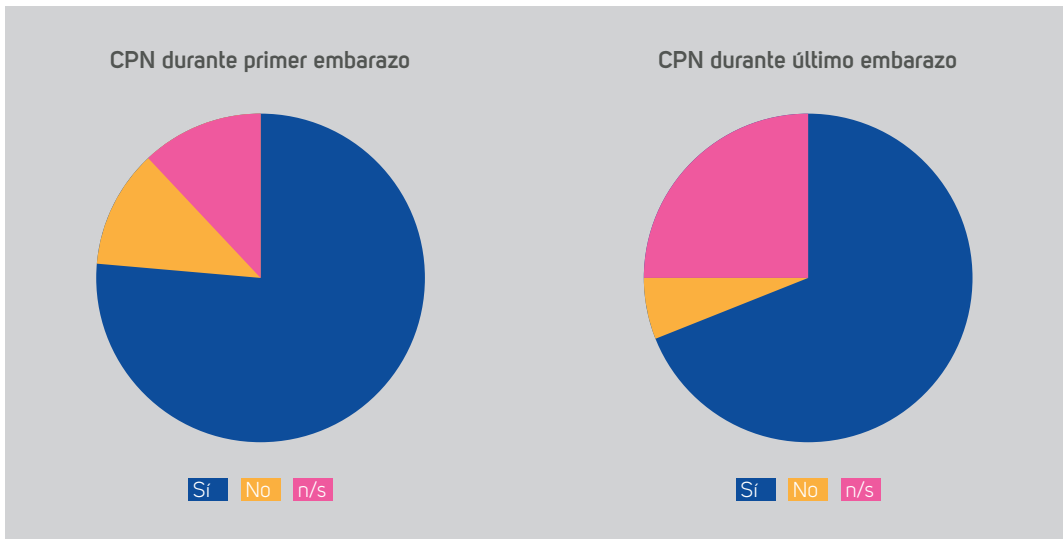
Características de los participantes

Para este estudio, se realizaron 148 entrevistas con mujeres y hombres de 8 comunidades pertenecientes a los departamentos de Matagalpa y la RAAN. Asimismo, se realizaron entrevistas con 23 parteras, 9 proveedores de salud, 7 proveedores de

salud del nivel comunitario, y 2 actores de la comunidad (líderes locales).

La edad promedio de los entrevistados fue de 31,5 años; el 17 % tiene educación primaria, y el 70 % se encuentra en algún tipo de unión marital (casado/unión libre). El promedio de embarazos por mujer

Gráfico 70. Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo¹⁵⁶



fue de 4,6, y el 48% del total de partos fueron en casa.

Descripción de las redes sociales

Embarazo y controles prenatales (CPN)

El promedio de embarazos fue de 4,6 (rango de 2 a 10 embarazos por mujer), siendo el promedio más alto en las comunidades indígenas de Bonanza y Puerto Cabeza: 5,6 y 4,13, respectivamente.

El 76% de los entrevistados tuvo por lo menos un CPN durante un primer parto, y un 69% tuvo por lo menos un CPN durante un último parto. Sin embargo, se observa una amplia variabilidad en la asistencia al CPN, con mujeres que solo asistieron a un CPN y mujeres que reportaron haber asistido a más de 5 CPN. Paralelamente, las personas reportaron que se hicieron controles con las parteras. Las parteras —la gran mayoría capacitadas por el MINSA— ofrecen controles a partir de los 6 meses a mujeres que planean tener su parto en casa como así también aquellas que planean tener su parto en un ES. Durante el embarazo, la función principal que ofrecen las parteras es la sobada del vientre, que es un tipo de masaje terapéutico con el fin de reposicionar o acomodar al bebé¹⁵⁷. Las parteras también recomiendan los CPN en los ES, particularmente para identificar complicaciones durante el parto.

Por lo general, las mujeres van solas a sus CPN. En los casos en que alguien las acompañe, este no ingresa a la sala de atención, ya sea porque no percibe que le corresponde o porque, según sus testimonios, los proveedores de salud solo permiten el ingreso de la mujer embarazada.

“El Centro de salud es sólo para mujeres, solo para embarazadas. Es normal que uno siempre se quede esperando afuera” (H-28, Sarawas, Mulu-kuku).

Influencias para asistir a los CPN

Durante un primer embarazo, por lo general la madre y cónyuge de la mujer embarazada son quienes recomiendan los controles en los ES y los controles con las parteras. En subsiguientes embarazos, las mujeres embarazadas deciden ellas mismas asistir (o no) a los CPN.

“Sí pues, él [mi cónyuge] me mandaba; me decía ‘vaya al control, porque hay que ir al control’” (M-28, San Joaquín, Bonanza).

En las comunidades mestizas de Tuma La Dalia y Mulu-kuku, se destacan los brigadistas (durante todos los embarazos) como las personas que más recomiendan la asistencia al CPN. Parte del trabajo explícito de los brigadistas consiste en buscar

156 En estos gráficos n/s corresponde a información incompleta por recolección o porque los entrevistados varones no sabían si sus parejas tuvieron el CPN en los ES.
157 Quattrocchi. 2007. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán.

a las mujeres embarazadas a sus casas si es que no asisten a alguna cita. En las comunidades indígenas mayagnas de Bonanza, los enfermeros auxiliares de los PSFC son influencias importantes en la asistencia al CPN. En las comunidades indígenas miskitas de Puerto Cabeza, los brigadistas y enfermeros auxiliares no fueron mencionados.

“Fui a siete controles, porque apenas no iba, llegaba el brigadista y me mandaba a los controles” (M-26, San Joaquín, Tuma La Dalia).

“Yo fui [a los CPN] porque el enfermero me dijo, y mi mamá también quería que vaya” (M-22, Espayulina, Bonanza).

Motivos para no asistir a los CPN

Entre los principales motivos para no asistir a los CPN se encuentran los costos de transporte. Si bien los CPN son gratuitos, el costo del transporte incide en la regularidad de asistencia a estos. También se mencionan problemas de comunicación entre las mujeres indígenas que no hablan el español y los servicios que no cuentan con intérpretes (por lo general, los hombres indígenas son bilingües, pero no las mujeres). La percepción de que los CPN pueden predecir todas las emergencias es un motivo para la asistencia a estos, como así también la entrega de vitaminas. Las personas

perciben las vitaminas como medicina que asegura el bienestar del bebé y de la mujer embarazada y por tanto consideran importante su distribución durante el embarazo.

Red social durante el primer parto

La edad promedio en un primer parto fue de 18,25 años, con un rango de 11 a 28 años. El 43% de todos los primeros partos fue en mujeres menores de 18 años, con marcadas diferencias entre comunidades indígenas y mestizas. En las comunidades indígenas, el 32% de los primeros partos fue en menores de 18 años, mientras en las comunidades mestizas este promedio fue del 52%¹⁵⁸.

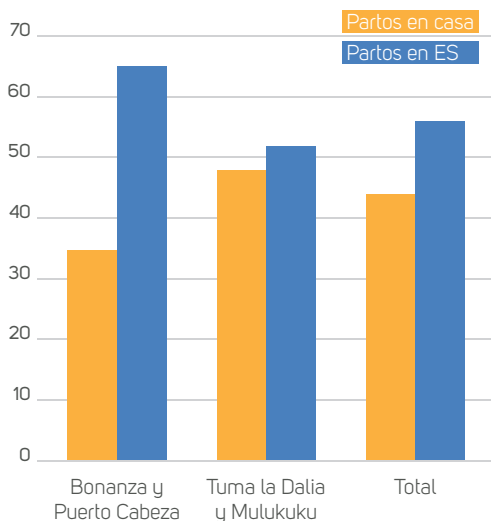
i) Tamaño y estructura de la red social para el primer parto

En las comunidades indígenas de Bonanza y Puerto Cabeza el tamaño promedio de las redes sociales es de 6 actores. En estas comunidades la estructuración de la red social, según su orden de importancia, se centra en i) la familia, donde, a excepción del cónyuge, todos los actores principales y recurrentes son exclusivamente mujeres, ii) las parteras, que en un 40% también son parte de la familia y iii) personal de salud. En Puerto Cabezas, el personal de las casas maternas y el personal de salud del hospital regional figuran como actores principales en las redes sociales, aún más que la familia. Cabe destacar que esta es la única situación encontrada en todas las comunidades estudiadas en que los actores no familiares tienen más influencia que los familiares en una red.

En las comunidades mestizas de Tuma La Dalia, el número promedio de actores en las redes sociales de Tuma La Dalia es 6, mientras que en las comunidades de Mulukuku el número promedio es de 4 a 5 actores. En las comunidades de Tuma La Dalia, la red social se estructura alrededor de i) la familia, ii) el personal de salud, y iii) las parteras. En las comunidades de Mulukuku, la estructuración de la red social es similar, salvo que las parteras cumplen un rol mucho más predominante y central. En la comunidad de Lisawe, la partera es el actor principal y central de la red social.

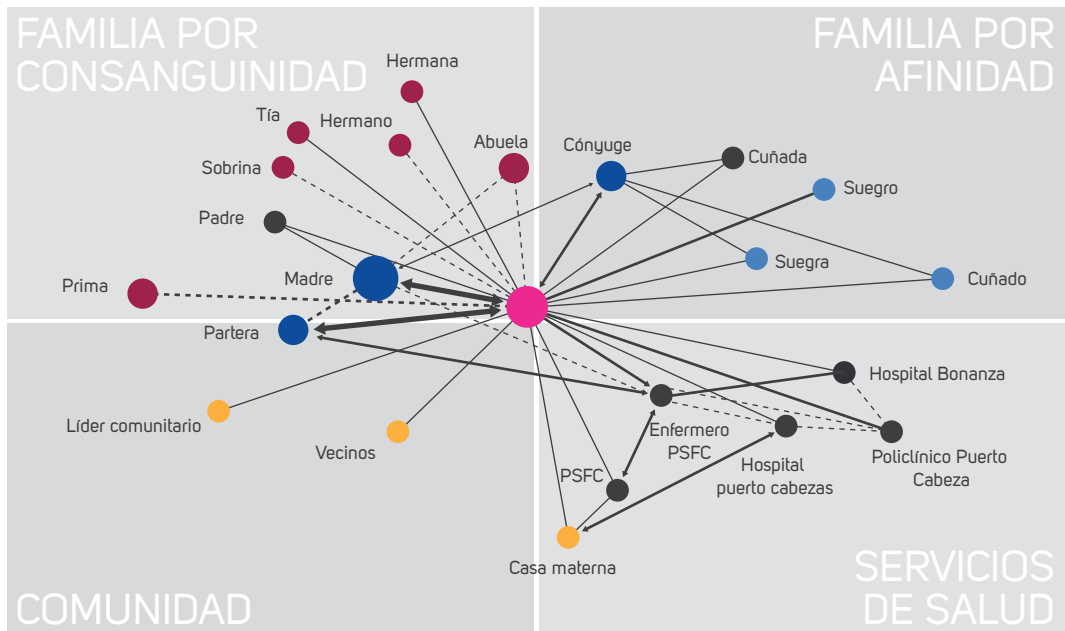
A diferencia de las comunidades indígenas, en las comunidades mestizas el cónyuge aparece como el actor central, ofreciendo apoyo a la mujer embarazada y favoreciendo la vinculación

Gráfico 71. Porcentaje del primer parto por lugar de atención y etnicidad



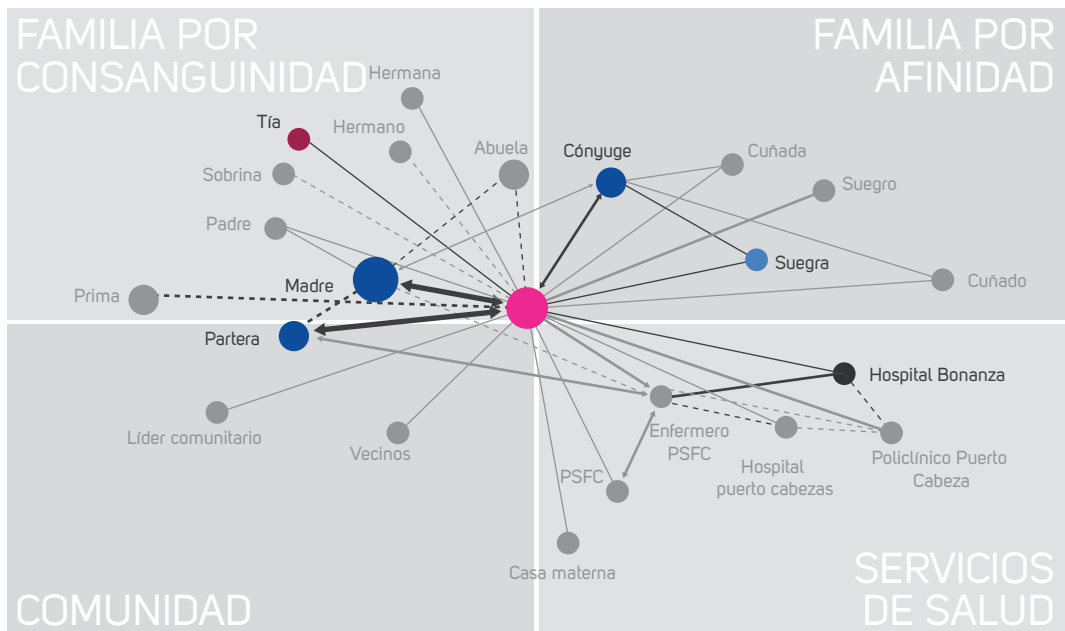
158 Varias de las personas entrevistadas no sabían con exactitud la edad que tenían ni la edad en la cual tuvieron sus partos.

Gráfico 72. Red general para primer parto. Comunidades indígenas



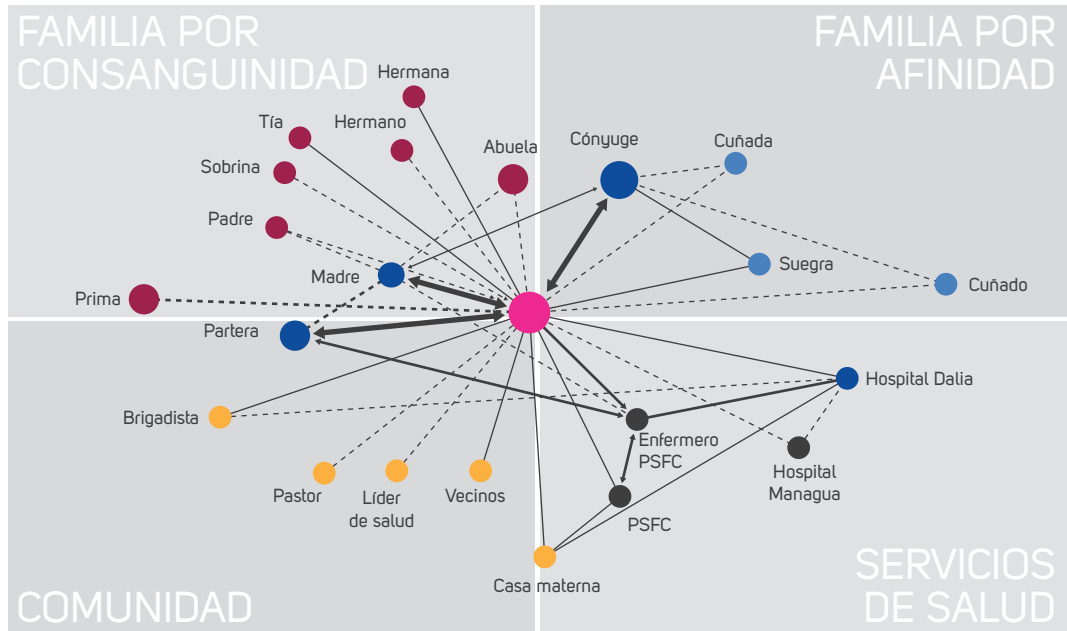
La red general muestra a todos los actores mencionados en todas las entrevistas en cada comunidad. Este gráfico muestra vínculos fuertes de la familia y la comunidad, donde los actores más importantes (círculos rojos) pertenecen a estos cuadrantes.

Gráfico 73. Red social para primer parto en CS. Comunidades indígenas



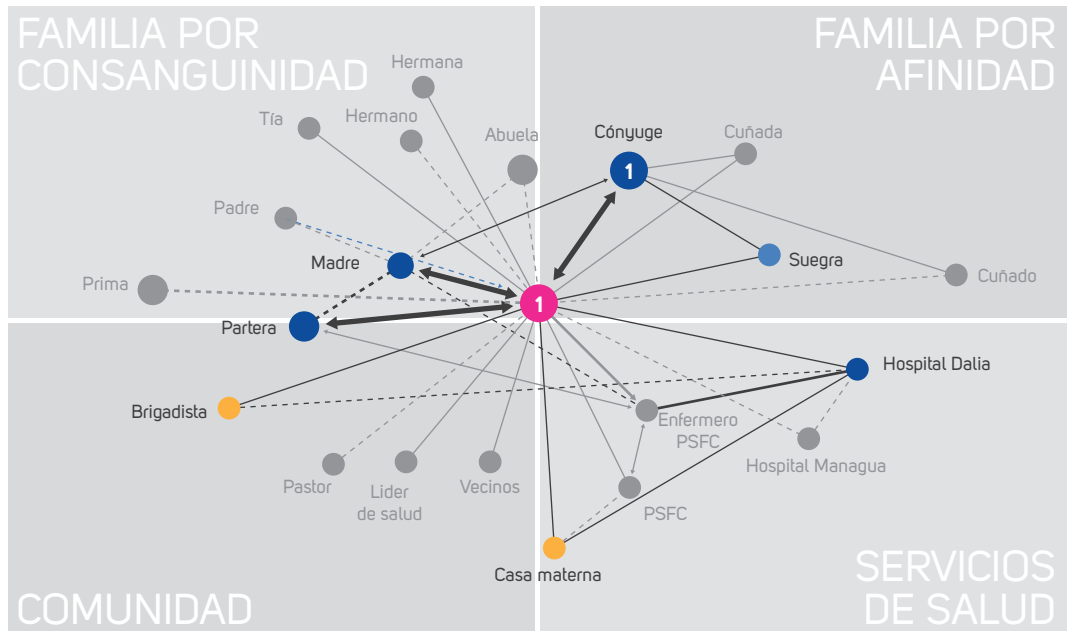
La red social muestra la red "tipo" en las comunidades y los tomadores de decisión marcados como No. 1 y No. 2. El gráfico 73 muestra a la madre de la mujer embarazada como el actor central dentro de la red (círculo rojo más grande) como así también un tomador de decisiones.

Gráfico 74. Red general para primer parto. Comunidades mestizas



La red general para comunidades mestizas muestra varios actores de todos los cuadrantes; no obstante, varios de estos actores tienen vínculos débiles con el ego (mujer embarazada). El actor principal de la red es el cónyuge (círculo rojo) quien recibe apoyo y tiene vínculos continuos con la madre y suegra de la mujer embarazada.

Gráfico 75. Red social para primer parto en CS. Comunidades mestizas



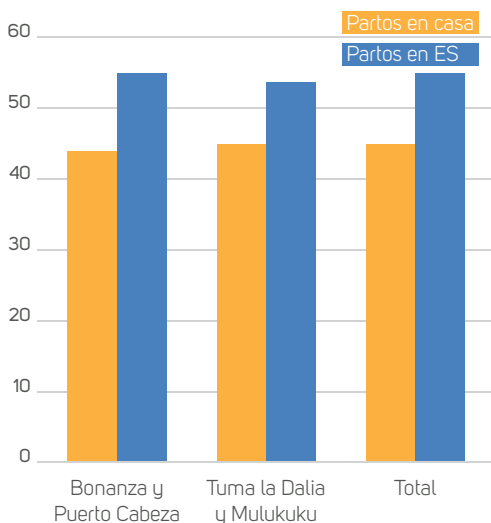
El gráfico 75 muestra que el actor más importante de la red es el cónyuge seguido de la partera. La decisión de tener un parto institucional es de la pareja (mujer y cónyuge).

de los otros actores dentro de la red social. Los proveedores de servicios de las casas maternas (predominantemente en las comunidades más alejadas de un ES) son también actores importantes, con la excepción de la comunidad de Lisawe en el Municipio de Mulukuku, donde las casas maternas no fueron mencionadas en ninguna entrevista.

Tomadores de decisión para el primer parto

En las comunidades indígenas de Bonanza y Puerto Cabeza, la decisión de tener o no un parto institucional en un primer parto está a cargo de i) la mujer embarazada y ii) su madre, quien también estructura y vincula la red social: ella es quien escoge a la partera, tiene vínculos con los otros actores de la red, recomienda la asistencia al CPN, y busca transporte. Sin embargo, los hombres entrevistados perciben que ellos son los tomadores de decisión o que esta es una decisión en pareja (mujer y su cónyuge). En su apreciación, la madre de la mujer embarazada puede influenciar en las decisiones, pero ella no toma la decisión final. Esta mala percepción puede resultar de la interconexión entre la centralidad de las mujeres por ser comunidades matrilocales y el rol de los hombres como proveedores del sustento familiar.

Gráfico 76. Porcentaje del primer parto por lugar de atención y municipio



En las comunidades mestizas de Tuma La Dalia y Mulukuku, la decisión de tener o no un parto institucional se centra en i) la propia mujer embarazada, y ii) la pareja (mujer embarazada y cónyuge). Cabe señalar que las entrevistadas con hombres arrojaron los mismos resultados.

Red social durante un último parto

Es notable que el 70% de los entrevistados mencionó preferir un parto institucional para un último parto, lo cual muestra un incremento en las preferencias de partos institucionales (para un primer parto, esta preferencia fue de un 56%). No obstante, solo un 55% de todas las personas entrevistadas tuvo su último parto en un ES. En otras palabras, si bien las personas querían un parto institucional, en el 45% de las ocasiones, por diferentes motivos, el parto se desarrolló en la casa.

i) Tamaño y estructura de la red social para un último parto

Se notó una tendencia en la cual el tamaño de las redes sociales disminuye de un primer a un último parto, con la excepción del municipio de Mulukuku donde se observó un incremento en el número de actores.

En las comunidades indígenas de Bonanza y Puerto Cabeza el tamaño promedio de las redes es de 5 actores. La estructuración de la red social muestra mayores variaciones entre comunidades y municipios para un último parto. En general, la red social está conformada por i) la familia, ii) el personal de salud, y iii) las parteras (quienes tienen considerablemente menor importancia en comparación con el primer parto). A diferencia del primer parto, la madre de la mujer embarazada cumple un rol secundario al cónyuge; sin embargo, la hermana de la mujer embarazada aparece como un actor importante. En la comunidad de Sakalwas, el personal de salud del hospital primario Bonanza es un actor central y mencionado con frecuencia. En la comunidad de Espayulina, la partera cumple un rol central conjuntamente con el cónyuge, y el personal de salud del hospital Bonanza pierde importancia. En las comunidades de Puerto Cabeza, el personal de salud del hospital regional es actor central, aun por encima de la familia, pero la casa materna pierde importancia (en un primer parto las casas maternas eran centrales).

Gráfico 77. Red general para último parto. Comunidades indígenas

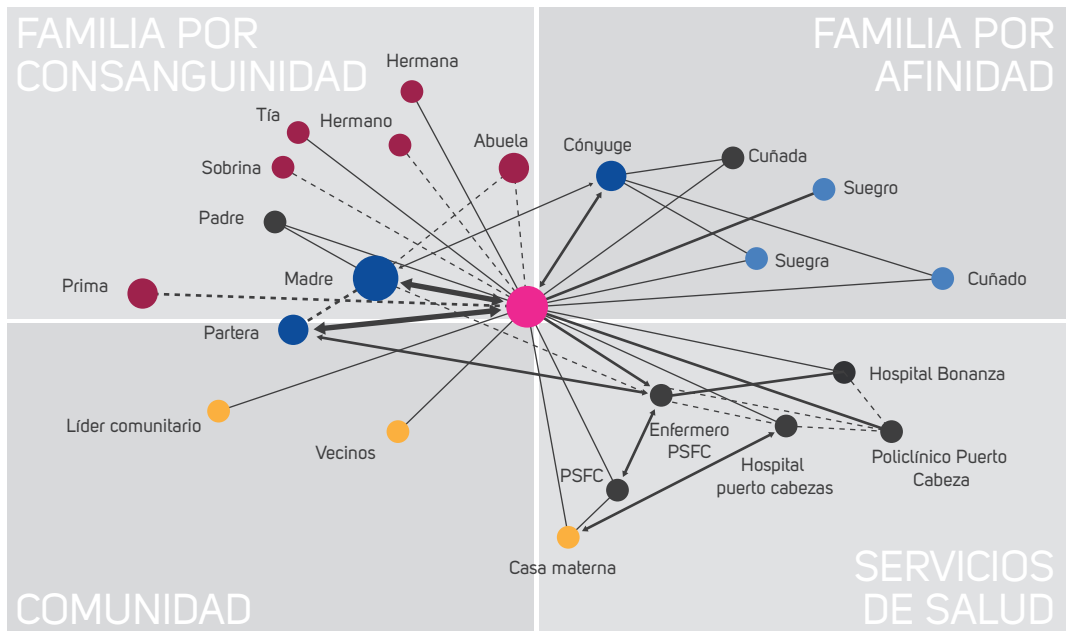


Gráfico 78. Red social para último parto en CS. Comunidades indígenas

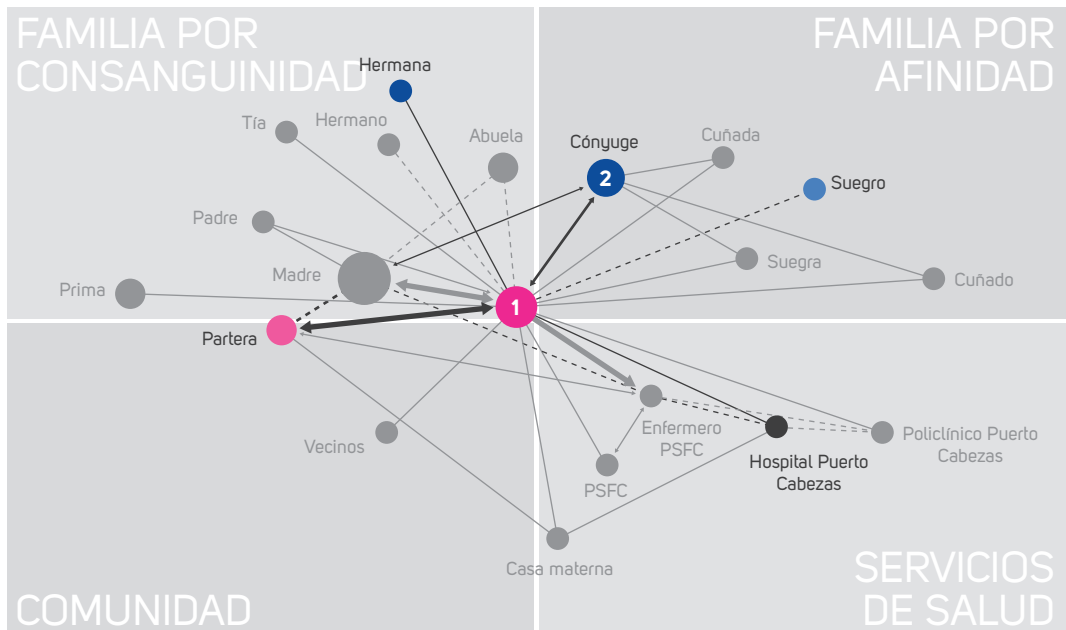


Gráfico 79. Red general para último parto. Comunidades mestizas

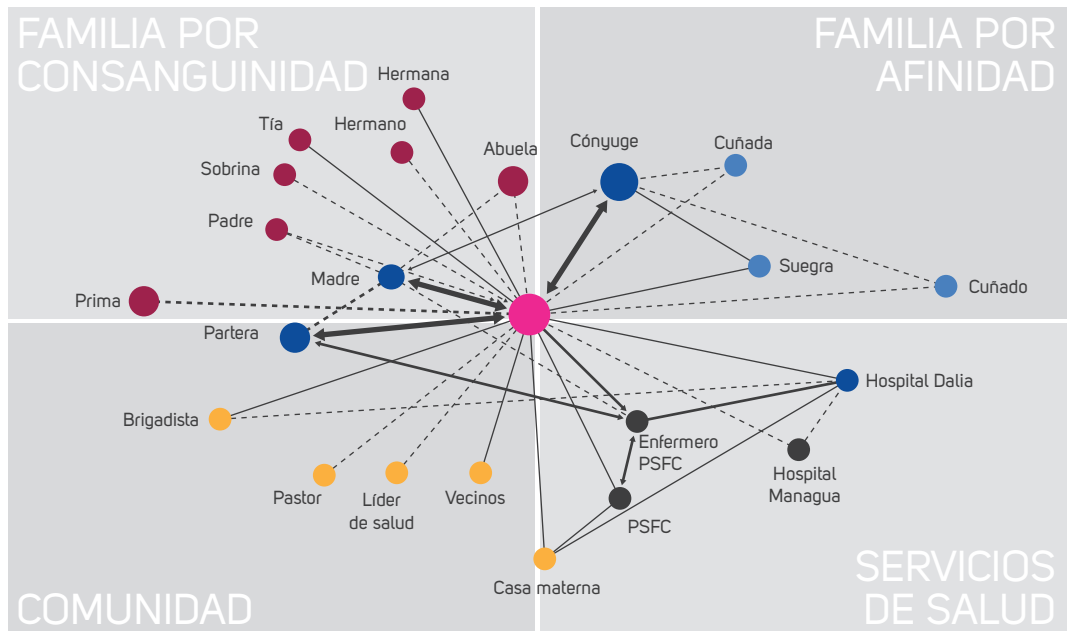
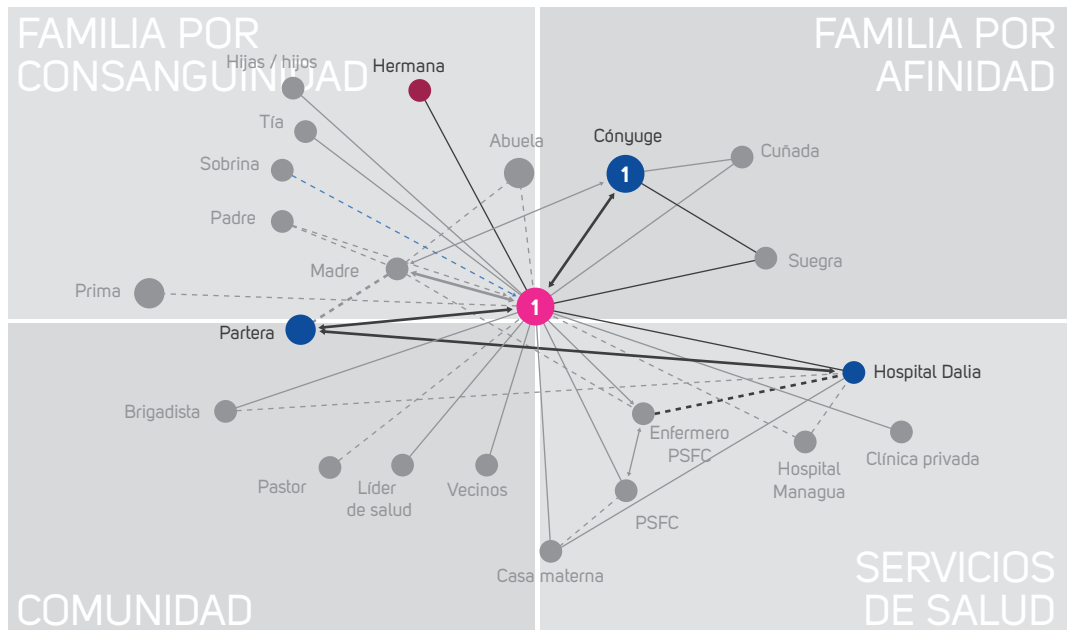


Gráfico 80. Red social para último parto en casa. Comunidades mestizas



En las comunidades mestizas de Tuma La Dalia y Mulukuku, el tamaño promedio de las redes sociales es de 5 actores para Tuma La Dalia, y 3 a 4 actores para Mulukuku. La estructura de la red social es similar a un primer parto, y esta se centra en i) la familia, ii) el personal de salud y iii) las parteras. Así como en un primer parto, es el cónyuge quien aparece como el actor central, ofreciendo apoyo a la mujer embarazada y favoreciendo la vinculación de los otros actores dentro la red social. El personal de salud también tiene influencia, pero no decide.

ii) Tomadores de decisión en un último parto

En las comunidades indígenas de Bonanza y Puerto Cabeza, los tomadores de decisión para un último parto son i) la mujer embarazada, y ii) la pareja (mujer y su cónyuge). En las redes analizadas, la madre de la mujer embarazada no es un tomador de decisión debido a que en varios casos la madre ya falleció o la pareja vive independientemente o lejos de la casa de los padres de la mujer. No obstante la madre puede ejercer cierta influencia si es que está presente. En las comunidades mestizas de Tuma La Dalia y Mulukuku, los tomadores de decisión durante un último parto son los mismos que el primer parto: i) la pareja y ii) la propia mujer embarazada.

“Los dos juntos decidimos, porque ya estábamos viviendo aparte y solo nosotros podíamos decidir; sólo los dos”. (H-29. Sarawas-Mulukuku).

Motivos e influencias en el primer y último parto

Existen motivos que pueden afectar las decisiones sobre el lugar del parto y pueden o no estar interconectados a las barreras de la oferta y demanda de servicios. Estos motivos fueron:

i) Experiencias del primer parto

Si un primer parto se desarrolla sin complicaciones, ya sea en la casa o en un ES, los próximos partos tienden a realizarse en el mismo lugar. Similarmente, las mujeres que tienen alguna complicación o mala experiencia durante un primer parto, ya sea en la casa o en un ES, tienden a buscar una opción diferente para un parto subsiguiente. Esta decisión también está basada en las experiencias de terceras personas, y tiene, por lo

general, la misma influencia en las decisiones que una experiencia propia.

Las entrevistas con hombres evidenciaron que ellos son quienes por lo general prefieren y recomiendan los partos institucionales, independientemente de las experiencias que las mujeres pueden haber tenido.

“Mi esposo me decía que tuviera [el bebé] en el hospital, pero yo decía lo voy a tener normal, pues ya lo tuve normal en el primer [parto]. Yo me decidí tenerlo aquí en la casa, porque yo andaba bien de salud; eso me dijeron en los controles” (M-28. San Joaquín, Tuma La Dalia).

ii) Falta de reconocimiento de la iniciación del parto

Varias personas y, en particular, las mujeres primíparas, mencionaron que no reconocieron las señales de inicio del parto, y por lo tanto el parto en casa fue accidental. Asimismo, varias personas perciben la fecha tentativa de parto que el personal de salud proporciona como una fecha exacta, y por lo tanto no tienen una ruta de acción en caso que la labor se inicie antes de esta fecha.

“Me habían puesto la fecha para el 30 de octubre; en esa fecha me dijeron que me fuera a la Casa Materna. Yo pensaba ir, pero me agarraron los dolores el 29 a las 6 de la mañana [y] solo mi mamá me ayudó. Cuando la partera vino yo ya había tenido el bebé” (M-23. San Joaquín, Tuma La Dalia).

iii) Miedo a una cultura diferente

Este motivo fue mencionado con frecuencia entre las mujeres indígenas. Este miedo se asocia principalmente a la barrera lingüística ya que muchos ES no cuentan con intérpretes y el personal de salud solo habla español. Las mujeres indígenas señalaron también el miedo de quedarse lejos de sus casas por un tiempo prolongado, particularmente en las casas maternas.

“Nosotros tenemos [una] diferente cultura, y hay dos problemas: Uno, cuando la mujer tiene mucho dolor pero no habla, y el otro es que quiere hablar, pero no puede hablar el idioma mestizo. Yo, como soy esposo, tengo que llevarla al hospital cuando está embarazada. A mi esposa tengo que defenderla porque ella no habla el español” (H-45. Sakalwas, Bonanza).

159 Algunas entrevistadas mencionaron tener parto vertical en sus casas. No obstante, la posición del parto no fue mencionada como un motivo para no tener parto institucional. Por las entrevistas, el parto vertical parece ser una preferencia más que una tendencia. Esta pregunta no se hizo a todos los entrevistados y por lo tanto requiere mayor información.

iv) *Percepciones de maltrato*

También se mencionó, aunque con menor frecuencia que en otros países, percepciones de maltrato por parte del personal de salud, especialmente en las comunidades indígenas donde varios entrevistados manifestaron sentirse discriminados por su etnicidad. También mencionaron la baja calidad de servicios en las casas maternas donde las personas señalaron que la comida es insuficiente y que a veces el personal los regaña¹⁵⁹.

“Como el doctor era mestizo, a los mismos de su misma etnia, a su misma gente si los mandaba rápido [al hospital], pero a mí, por ser mayagna, no me mandaron”. (M-47. Sakalwas, Bonanza).

v) *Miedo a las cirugías*

Las mujeres indígenas y las mestizas que tuvieron un parto hace más de 5 años mencionaron tener miedo a las operaciones quirúrgicas (la cesárea y, con menor frecuencia, el corte de episiotomía) que han escuchado se realizan en los ES. Las personas creen que estas operaciones pueden afectar futuros embarazos, tal vez impidiendo que puedan tener hijos después. Este motivo no fue mencionado recurrentemente, pero cuando las personas mencionaban este miedo, parecía ser un motivo de gran influencia. En las mujeres primíparas y menores de 21 años, este motivo tiene menos influencia.

Los motivos principales para priorizar un parto institucional fueron la edad temprana de la mujer cuando es primípara (43% de los entrevistados tenía menos de 18 años en su primer parto, siendo la más joven de 11 años), y el miedo al parto en casa debido a historias de fallecimientos y dificultades de movilización en caso de complicaciones (en especial si las labores del parto empiezan por la noche).

Emergencias obstétricas

El 26% (39) de los entrevistados mencionó haber tenido una emergencia obstétrica y/o neonatal durante un primer o último parto. Ante la posibilidad de una emergencia obstétrica, todas las personas decidieron acudir a un ES, y en casos de transferencias a ES del segundo y tercer nivel, todas las personas acataron las decisiones del personal de salud (solo hubo dos casos de partos en casa de hace más de 5 años donde las familias decidieron buscar a una partera).

i) *Tamaño y estructura de la red durante una emergencia obstétrica*

Por lo general, las redes sociales aumentan en

tamaño y añaden de 1 a 2 actores. Estos actores adicionales son:

a) *Miembros de la comunidad que tienen vínculos con la red social de la pareja (mujer y su cónyuge)* vecinos, amigas, pastor de la iglesia y brigadistas de salud (estos particularmente en las comunidades mestizas) y otros que poseen los recursos para apoyar a la mujer embarazada en el traslado a los ES (carro, bote o conocen a otras personas que ofrecen estos recursos).

b) *Personal de los PSFC*, específicamente los enfermeros auxiliares, quienes fueron cruciales por sus conexiones con los ES y a quienes las familias consideran su primera opción en la resolución de una posible emergencia (particularmente en las comunidades indígenas). Solo se dieron dos casos donde los actores adicionales fueron miembros de la familia (el padre y el cuñado de la mujer embarazada).

ii) *Tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica*

A todos los entrevistados que no reportaron tener una complicación durante el parto se les preguntó quiénes tomarían las decisiones en una situación hipotética de emergencia. Las personas mencionaron al cónyuge de la mujer embarazada como el tomador de decisión y actor clave, pero también a la pareja en forma conjunta y a la madre de la mujer. Según los hombres, ellos serían los tomadores de decisión y nunca identificaron a la madre de la mujer embarazada como tomadora de decisión. Según las mujeres, ellas o su madre tomarían estas decisiones, particularmente en las comunidades indígenas.

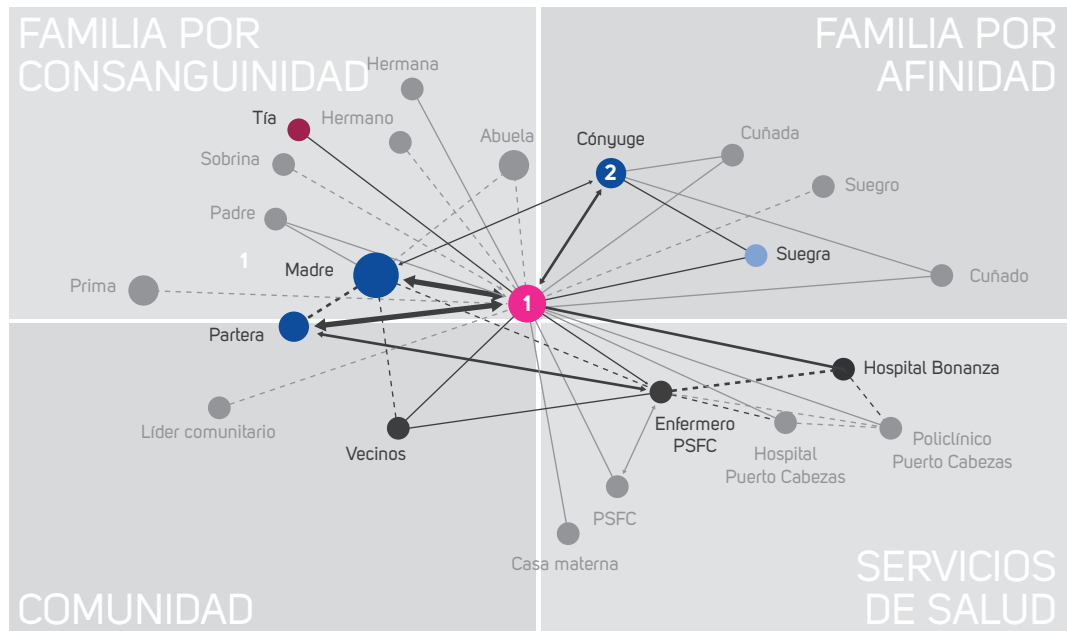
En realidad, en los casos que reportaron una emergencia obstétrica, los tomadores de decisión fueron los mismos que en partos normales: i) la mujer embarazada, ii) el cónyuge, iii) la pareja y iv) la madre de la mujer embarazada. Estos actores fueron quienes identificaron los signos de alarma y se movilizaron. Ninguno de estos tomadores de decisión aparece como un actor más central que otro, a excepción del cónyuge quien se moviliza para encontrar un medio de transporte a un ES, usualmente por medio de los vínculos de su propia red.

Factores e influencias durante una emergencia obstétrica

i) *Plan de acción poco evidente*

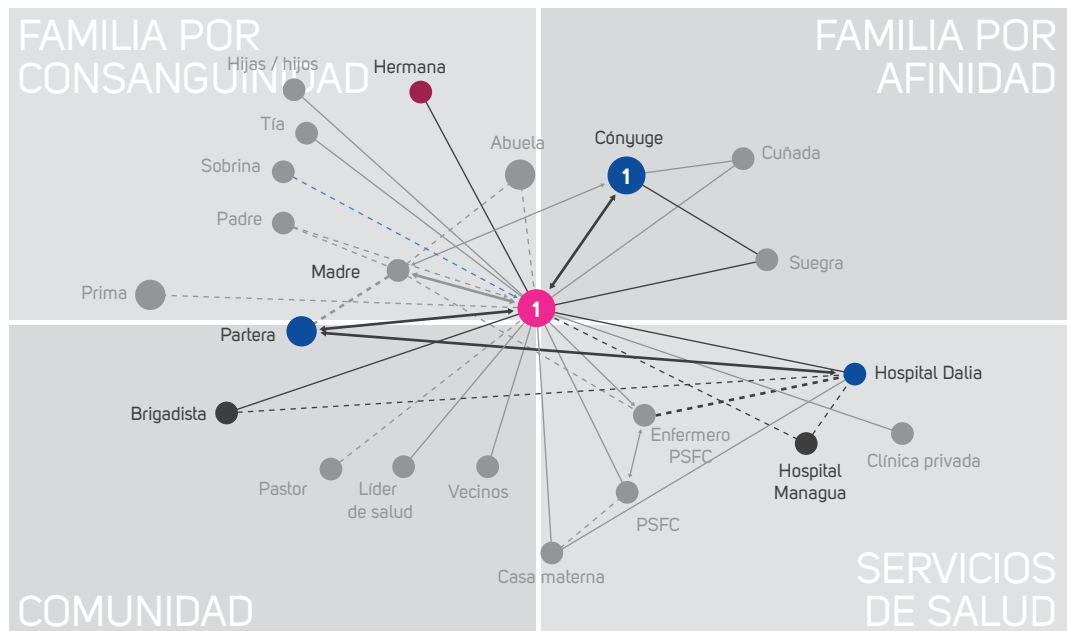
La resolución efectiva de las emergencias se debió

Gráfico 81. Red social durante una emergencia. Comunidades indígenas



En este gráfico, pese a que la preferencia era un parto en casa, son la mujer y su madre quienes deciden ir a un ES siguiendo las recomendaciones de la partera. El enfermero del PSFC es quien apoya con la transferencia y movilización de la mujer embarazada.

Gráfico 82. Red social durante una emergencia. Comunidades mestizas



En este gráfico la pareja (mujer y cónyuge) decide ir a un ES. El brigadista y la partera acompañan a la mujer al Hospital Dalia y de ahí la mujer es transferida al Hospital de Managua.

en parte a que las personas tenían un plan de acción de a quién buscar durante una emergencia. Esto se evidencia a través de los brigadistas y enfermeros de los PSFC, quienes fueron los actores de referencia de las familias para apoyar en la movilización y transferencia de la mujer embarazada (vía ambulancia o transporte privado). No obstante, muchas personas no tenían una ruta de acción concreta y evidente. En las entrevistas, no estaba claro quién era la persona a cargo de buscar transporte, o si las personas deberían ir primero al ES más cercano, tal como un puesto de salud, o directamente a un ES de segundo o tercer nivel.

ii) La primera demora y tiempo de labores de parto
Las personas mencionaron que un signo de alarma es que el bebé “*tarda en salir*”; sin embargo, este concepto de “*tardanza*” fluctúa de 6 a 24 o 36 horas. Asimismo, las mujeres embarazadas perciben la fecha probable de parto que reciben en sus CPN como “*fecha exacta*” lo cual resulta en que no reconocen el inicio de labores especialmente si comienzan antes de la fecha esperada.

iii) La tercera demora

Varias personas entrevistadas, en especial aquellas del municipio de Puerto Cabezas, mencionaron que una vez que llegaron al ES de referencia experimentaron demoras en ser atendidas. En muchos casos, los hospitales no tenían camas de espera, en otros casos había contradicciones en la ruta de acción, y otros entrevistados indígenas mencionaron esperas percibidas como innecesarias o de maltrato.

“En el hospital habían poquitos doctores y no eran buenos doctores. Ella estuvo una noche con dolor, y luego una noche más y nada. Una ambulancia estaba en Matagalpa y la otra estaba dañada y no pudieron hacer nada; ya no pudieron llevarla a otro hospital. Cuando era como las 4 de la mañana se le quitaron los dolores; fue ahí cuando se murió el bebé. Eso fue lo que me dijeron, que ya se había pasado de tiempo” (H- 52. Lisawe, Mulukuku).

Discusión

i) Tamaño y estructura de las redes sociales

El tamaño de las redes es dinámico, con variaciones entre comunidades, y tiende a disminuir entre un primer y último parto. Esto se debe a la percepción de que las mujeres adultas, por tener más experi-

encia, son menos susceptibles a complicaciones. Sin embargo, varias mujeres de 40-45 años siguen teniendo hijos (algunas tienen hasta 10 hijos) y varias no utilizan métodos anticonceptivos por creer que ya no son fértiles. Si bien el tamaño de la red puede influir en las decisiones y recursos con que cuentan la mujer y su red social, es más importante contar con una red estable, que tenga calidad y estabilidad de vínculos entre actores dentro y fuera de la red social con el ego (mujer embarazada).

ii) La estructuración de las redes sociales sigue una lógica basada en patrones sociales, culturales e históricos. La residencia matrilocal de las comunidades indígenas posicionan a la mujer embarazada y a su madre como tomadoras de decisiones. En las comunidades mestizas, las familias tienden a seguir una residencia patrilocal. En estos casos, la pareja (mujer y cónyuge) son los tomadores de decisión y el cónyuge juega un papel central, así como así también las hermanas, cuñadas, suegras, etc. Esto refleja la importancia de la familia como una institución social. En las comunidades más alejadas de los servicios de salud, muchas veces el cónyuge trabaja fuera de la comunidad, por lo que no tiene tanto poder de decisión ni tampoco varios vínculos afuera de la red. Por lo tanto, su poder disminuye y es la mujer quien toma las decisiones.

iii) Estructuración con actores comunitarios

Los esfuerzos del gobierno en la promoción de diferentes expresiones organizativas comunitarias desde 1980, como así también la implementación de iniciativas comunitarias como el MOSAFC, han resultado en que los brigadistas, líderes de salud, y enfermeros de los PSFC sean actores claves dentro de la red social de la mujer embarazada e influencias profundas en las decisiones sobre el lugar del parto¹⁶⁰. Estos actores tienen vínculos fuertes con los ES, por lo que constituyen el puente de conexión más importante entre los servicios de salud y las comunidades. La centralidad y el potencial de estos actores es crítica y extremadamente importante en la resolución de emergencias. Sin embargo, pese a su rol central y potencial, muchos de estos actores carecen de herramientas básicas como radios o acceso a ambulancias en buen estado para el buen desempeño de sus labores.

iv) Uso infrecuente de las casas maternas

A nivel regional y nacional, las casas maternas han sido reconocidas como una estrategia promisoría en la reducción de la mortalidad materna y en la

¹⁶⁰ Los pastores de las iglesias tienen gran influencia en el uso o no de métodos anticonceptivos, pero no en las decisiones sobre el parto.

¹⁶¹ En las visitas realizadas a las casas maternas de todos los municipios se observó de manera anecdótica que la mayoría de las hospedadas eran mujeres jóvenes y muchas de ellas primíparas.

¹⁶² Es importante notar que esta muestra pequeña fue recolectada para un estudio cualitativo y no es representativa de la población.

promoción del parto institucional. No obstante, se evidencia que todavía se pueden realizar mejoras. Por ejemplo, se observó que varias casas maternas no tienen el número de camas suficientes, y a veces las mujeres duermen en el piso. También hubo quejas de que no permiten entrar al acompañante, en especial si este es varón, lo que constituye un quiebre de la red social de la mujer. Por otro lado, se observa que las mujeres que más usan las casas maternas son jóvenes, primíparas y mestizas. Las mujeres indígenas reportaron muy poco uso de las casas maternas y miedo a estar solas y fuera de su ámbito cultural¹⁶¹.

v) Redes sociales de mujeres solteras

En este estudio, un 20% de los entrevistados eran madres solteras y sus redes sociales tienden a ser pequeñas, de 2-4 actores que, por lo general, tienen pocos vínculos dentro y fuera de la red. La ausencia de actores claves crea un agujero

estructural en la red social y expone a las mujeres a no tener actores claves que puedan identificar las señales de alarma ni contar con apoyo para movilizarse a un ES. En la mayoría de estos casos, la madre de la mujer embarazada es el actor clave, conjuntamente con los brigadistas o enfermeros de los PSFC.

Embarazos adolescentes

Este estudio encontró un alto índice de embarazos en mujeres adolescentes; el 43% de todos los primeros partos estudiados fueron en mujeres menores de 18 años. A esto se agregan mujeres que a sus 24 años ya tienen 3 o 4 hijos¹⁶². Existe una gran brecha de información sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos. La planificación familiar se entiende como algo que sirve solo para no tener hijos; no existe conocimiento con respecto al espaciamiento de embarazos ni cómo esto mejora la salud de la madre y/o los niños.

Referencias bibliográficas

Banco Interamericano de Desarrollo. 2011. *Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión (DPEIG)*, pág. 18-23.

Banco Mundial. 2013. Panamá: panorama General. <http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>. Panamá. 2008. Encuesta de Niveles de Vida (ENV).

Barrett, Bruce. 1993. Health Care Behavior on Nicaragua's Atlantic Coast. *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, No. 3, pp. 355-368.

Bodnar, Y., Lopez, E. 2009. *Temas interculturales y de género para la expansión del sistema de protección social*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Cabezas, I. 2008. Tradición y Cambio Cultural en los Chortís de Honduras. *Gazeta de Antropología*, 24 (2) 47.

Caracterización de las poblaciones en riesgo de la RAAN. Huracán Félix. Septiembre 2007. OPS. Informe de Desarrollo Humano 2005: Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe.

Castillo, B. 2005. *Fortalecimiento de los conocimientos medicinales del Pueblo kuna en Panamá. Proyecto "recuperación de los cantos orales medicinales Kuna."* Centro de documentación de las minorías.

Centro para la Autonomía y Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 2012. Nicaragua: Nota técnica de país sobre cuestiones de los pueblos indígenas. Nicaragua y su riqueza. <http://vianica.com/spgo/specials/32-actuales-pueblos-indigenas-denicaragua.html>.

"Colocando la nutrición en la agenda política del gobierno" Informe al Banco Mundial. M.Vijil. p, 16.

Demografía de Nicaragua: Departamento de Matagalpa <http://www.xolo.com.ni/nicaragua/demo/matagalpa.asp>.

Dirección Nacional de Servicios de Salud del MINSA.

Dogirama, E. 2009. Informe taller Comarca Embera-Wounaan. Coordinadora Nacional de Pueblos indígenas de Panamá (COONAPIP).

Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. CIESAS, Papeles de la Casa Chata, Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, Mujeres y hombres en el siglo XXI.

Freyermuth, G. et al y otros (2006). Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. *Perinatal Reprod Hum*, vol. 20, pp. 60-68.

Freyermuth Enciso, G. (2003). Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Instituto Nacional de las Mujeres, Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas.

Freyermuth, G. y De la Torre, C. 2004. La mortalidad materna en México: Los programas de ampliación de cobertura y arranque parejo en la vida en Los Altos de Chiapas. Sans Serif Editores.

Freyermuth, Enciso, G. 2010. Desiguales en la vida. Desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas, Documento de Trabajo 2010/1, PNUD.

Freyermuth, G. y Sesia, P. 2009. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. CIESAS, Papeles de la Casa Chata, Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, Mujeres y hombres en el siglo XXI.

Freyermuth, G. 2000. Morir en Chenalho. *Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Universidad Autónoma de México.

Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 2011. *Dar a la población rural pobre de Honduras la oportunidad de salir de la pobreza*.

- Gobierno del Estado de Chiapas, Administración 2012-2018. Municipio: Chamula. Disponible en: <http://www.chiapas.gob.mx/municipio/chamula>. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2011. *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*.
- Gómez Suárez, A. 2001. "Indigenismo y movilización política en América Latina: los Tawahkas." Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro-Hondureños.
- González, S. 2008-2009. Prácticas alimentarias y terapéuticas en mujeres, niños y niñas menores de cinco años en las poblaciones lenca y maya-chortí de Honduras. Diario de campo.
- Herrera, F. Consultoría en la región de Kuna Yala para la formulación de un plan de desarrollo regional con participación de las comunidades. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo, Ministerio Agropecuario y Forestal. 2013. Departamento de Matagalpa y sus municipios. Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud. 2013. Experiencias de salud comunitaria en Nicaragua.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y Vivienda 2010: Principales resultados por localidad (ITER). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá. 2010. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Rosales, C. 2007. *Autogobierno indígena en la Comarca Kuna Yala en Panamá*. Cuaderno 2: Poderes paralelos en México y Panamá.
- Instituto Nacional de estadística. 2011-2012. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Honduras.
- Jiménez C. V. et al (1999). La muerte materna en Tenejapa, Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas.
- Kay, C. 2009. La persistencia de la pobreza rural en Honduras, Nicaragua y Bolivia: un fracaso del neoliberalismo. *Nueva Sociedad*, 223.
- Lara Pinto, G. 2002. *Perfil de los Pueblos Indígenas y Negros de Honduras*. Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA). Tegucigalpa, Honduras.
- Mitchell, Andrew David; Thomas J. Bossert. 2007. Measuring dimensions of social capital: Evidence from surveys in poor communities in Nicaragua. Volume 64, Issue 1, January 2007, Pages 50–63.
- Ministerio de Salud. 2010. Marco de planificación para pueblos indígenas y comunidades étnicas. La señal de telefonía móvil es muy baja, y para tener acceso debe subirse al cerro. Según las entrevistas, los hospitales primarios no cuentan con presupuesto para esto y el personal de salud ha tenido que cubrir estos costos por cuenta propia Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2011. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva.
- Minority Rights International. 2008 *World Directory of Minorities and Indigenous Peoples - Honduras : Lenca, Miskitu, Tawahka, Pech, Maya, Chortis and Xicaque*. <http://www.refworld.org/docid/49749d15c.html>.
- Nazar Beutelspacher, A. (2011), Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México, 2011.
- Organización de las Naciones unidas. *Honduras-Pueblo Chortis. Descripción del Grupo Étnico o de la Cultura*. <http://www.unesco.org/phi/aguaycultura/es/paises/honduras/pueblo-chortis.html>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2009. Health systems profile: monitoring and analyzing health systems change/reform.
- Procurador de los derechos humanos. 2013. *La situación de la Mortalidad Materna en Guatemala*. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011*.
- Quatrocchi. 2007. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán.
- Quintero, B. 2009. *Diagnóstico de necesidades insatisfechas y línea basal cualitativa hacia una propuesta de modelo de atención intercultural en la Comarca Ngabe- Bugle, corregimientos pobres aledaños*.

República de Panamá, Ministerio de Salud. Listado de instalaciones de Salud 2010-2011. Panamá, Programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los sistemas de salud PN-L1068.

Rivas, F. 2009. Marco institucional de los pueblos indígenas de Panamá.

Rodríguez, E. 2011. Kuna Yala: el archipiélago de San Blas, Panamá. <http://caxigalinas.blogspot.com/2011/10/kuna-yala-el-archipiélago-de-sanblas.html>.

Sáenz de Tejada, S. 2009. *Consecuencias de la muerte materna*.

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas sobre la base de certificados de defunción del IS. Instituto de Salud, Estado de Chiapas, México, 2011.

Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro-Hondureños.

Secretaría de Salud. Sistema de Salud de Honduras, 2006 elaborado por Víctor Becerril Montekio.
Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección en Salud. Manual del Gestor de Servicios de Salud, Sistema de Protección Social en Salud.

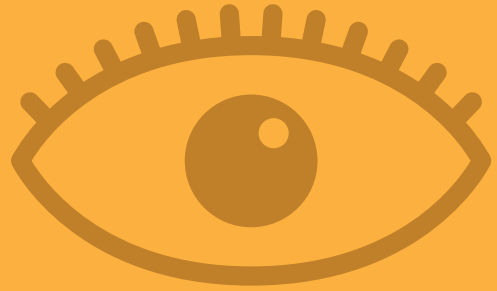
The World Bank. 2006. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Panamá: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. Latin America and the Caribbean and the Global HIV/AIDS Program.

Torrez, S., Sequeira, S. 2003. *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*. Instituto Nacional de la Mujer (INAM).

Tuñón P., E. (1999). Género y Salud en el Sureste de México. Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Talleres de Arte y Tipografía por Computación.

UNFPA. *Cuarto dossier temático de UNFPA, dedicado a interculturalidad y salud materna*. INEC. 2006-2010. <http://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P3791221-05.pdf>.

World Health Organization (WHO). 2011. *World Health Statistics (WHS)*. Observatorio de derechos de la niñez. Cartilla de indicadores sociales de la niñez en Honduras. http://ihnfa.gob.hn/odn/docs/publicaciones_odn/cartillaindicadores.pdf.



SECCIÓN IV

Conclusiones y recomendaciones

A continuación, se resumen las conclusiones principales del estudio, las cuales se basan en un análisis transversal de la información recogida sobre las redes sociales en los cinco países. Una vez establecido el análisis transversal, se presentan recomendaciones con respecto a cómo esta información se puede aplicar para incrementar el uso de los servicios de salud en los países estudiados con el fin de reducir la mortalidad en las poblaciones vulnerables.

Conclusiones

El parto es asunto de familia

Las personas enfrentan situaciones y decisiones complicadas en relación con su salud aun cuando las barreras de acceso a los servicios han sido superadas. Este estudio demuestra que el parto es un evento biológico extensamente enlazado al dominio sociocultural y, consecuentemente, las decisiones sobre dónde ocurre y quién está presente son de suma importancia para la mujer y su familia —su red social. Si bien los procesos fisiológicos del parto en casa y en los servicios de salud son similares, existe una dicotomía sociocultural. El parto en casa considera al embarazo y parto como procesos biológicos y normales para la reproducción familiar, en cuyo contexto se priorizan las relaciones familiares. En cambio, el modelo biomédico considera el embarazo como un potencial “problema” de salud del individuo, subestimando la importancia de los aspectos sociales¹⁶³.

Dentro de la red social, el cónyuge es, en muchos casos, **el principal tomador de decisión sobre la salud de la mujer. No obstante esta responsabilidad, generalmente él es el menos informado sobre la salud materna y los signos de alarma.** La madre de la mujer es un actor clave de la red; sin embargo, las estrategias de salud desaprovechan el capital social que las mujeres adultas pueden ofrecer. En este contexto, los mensajes sobre salud materna deberían dirigirse no solamente a la mujer embarazada sino también a los miembros de su red que ejercen influencia y toman las decisiones. Para revertir las dos primeras demoras que contribuyen a la mortalidad materna —(i) la demora en decidir buscar atención y (ii) la demora en llegar a los servicios de salud— las personas importantes de la red social de la mujer tienen que estar informadas y preparadas.

Las Mujeres Embarazadas como tomadoras de decisión

Este estudio confirma lo evidenciado en otros estudios: las mujeres en las áreas rurales e indígenas de Mesoamérica muchas veces tienen poca o ninguna influencia sobre las decisiones que afectan su propia salud. Sin embargo, este estudio también demuestra que si bien los atributos personales como edad o nivel educativo son determinantes en la autonomía de la mujer, su capacidad de decidir sobre su salud también depende de las características de su red social (tamaño y estructura) y las relaciones que se crean dentro de la familia. Las mujeres de las comu-

nidades indígenas donde los patrones de residencia son matrilocales, como en Nicaragua y Guna Yala (Panamá), tienen una mayor autonomía en su salud y ellas participan más activamente en las decisiones sobre el lugar del parto. Por otro lado, las mujeres que viven en situación patrilocal tienden a depender más de las decisiones tomadas por la familia del cónyuge. En la mayoría de los casos, las parejas con experiencia desarrollan más autonomía, a veces con la constitución de su propio hogar, lo cual repercute en que tanto la mujer como su cónyuge ejercen más autoridad en las decisiones que se toman. En este contexto, se reitera la importancia de asegurar que las estrategias dirigidas a incrementar el parto institucional incluyan a los diferentes miembros de la red social de la mujer embarazada.

La edad de las mujeres crea diferencias

Es importante tener en cuenta las diferencias entre las mujeres primíparas y múltiparas. Por un lado, varios estudios han demostrado los altos porcentajes de embarazo adolescente en la región mesoamericana y sus graves consecuencias para el bienestar de la madre y su bebé. Aquello justifica un énfasis en promover el parto institucional para mujeres jóvenes y primíparas. Por otro lado, en los cinco países donde se realizó este estudio se evidencia que las mujeres múltiparas mayores de 30 años (muchas teniendo hijos a los 45 años) también enfrentan vulnerabilidades significativas. Su experiencia con múltiples partos crea la percepción de que son menos susceptibles a emergencias, y por lo tanto su red social les ofrece menos apoyo. Sin embargo, las mujeres múltiparas también tienen hijos que cuidar y quehaceres domésticos que cumplir, lo cual limita su disponibilidad de movilizarse a un ES para un parto.

Calidad y calidez de los servicios

En los últimos años se han realizado varios esfuerzos para mejorar la provisión y calidad de servicios en salud materna y disminuir las barreras en la utilización de servicios. Estas mejoras, sin embargo, están todavía en desarrollo. Los ES visitados durante la realización del estudio, salvo pocas excepciones, operan con grandes limitaciones para realizar buenas prácticas en la atención materna. Para que las mejoras realizadas se traduzcan en una mayor utilización de servicios y menor mortalidad materna, **es imprescindible contar con la participación activa de las comunidades** para elaborar programas que tengan como objetivo mejorar su propia salud y bienestar. Las estrategias de mejora de la calidad tienden a enfatizar la calidad técnica de los servicios, sin prestar atención adecuada a la calidez

163 Barker, K. 1998. A ship upon a stormy sea: The Medicalization of Pregnancy. *Social Science and Medicine*, 47(8), 1067 – 1076.

y el buen trato que las personas buscan. La calidez se basa en un trato amable y respetuoso por parte del personal de salud y debería combinarse con la calidad técnica para ofrecer una atención integral a las mujeres durante el embarazo y parto.

En este mismo sentido, como se evidencia en este estudio, las adaptaciones interculturales de atención del parto son poco eficaces si solo incluyen infraestructura o equipamiento, sin tomar en cuenta las demandas locales de cada comunidad. En Guatemala, por ejemplo, los conceptos de frío y caliente son extremadamente importantes para las mujeres embarazadas, quienes creen que la exposición al frío pone en riesgo su salud, tanto como una emergencia obstétrica¹⁶⁴. No obstante, las personas entrevistadas todavía mencionan que los centros de salud son fríos y la comida que les ofrecen tampoco cumple con lo que se espera en este sentido. Para lograr una mayor cobertura del parto institucional, se debería humanizarlo con estrategias basadas en las costumbres, expectativas y necesidades locales.

Parteras —personas claves y centrales

La provisión de servicios interculturales tiene un gran potencial de aumentar la demanda de servicios si se basa en la igualdad, respeto y relaciones horizontales entre ambos sistemas de atención: el tradicional y el biomédico. **En el eje de estas relaciones se encuentran las parteras.** En la teoría de ARS, se habla de *multiplicidad* cuando los actores tienen diferentes vínculos con el *ego* (mujer embarazada), tales como de parentesco, laborales, etc. En este estudio el 40% de las parteras eran también miembros de la familia. Esta multiplicidad fortalece las relaciones e influencia de las parteras dentro de las redes sociales. Por otro lado, las parteras tienden a tener conexiones con muchas personas en sus comunidades —es decir, son *personas centrales*. Por estas características las parteras tienen gran capacidad de influir hacia el parto institucional, siendo ellas muchas veces la única conexión entre los servicios y las comunidades. Sin embargo, los sistemas de salud subestiman su importancia, y las relaciones entre el personal de salud y las parteras son asimétricas. La integración de las parteras al sistema de salud para reducir la mortalidad materna dependerá entonces de las acciones sinceras de proveer servicios interculturales basados en el respeto mutuo.

Por último, en comunidades indígenas y rurales que gozan de un alto nivel de afinidad social y donde las normas grupales resultan de gran impor-

tancia en el comportamiento de las personas, las repercusiones de malas y buenas experiencias en los servicios de salud tienden a multiplicarse porque aquella persona que las experimenta puede ser amiga de un pariente, prima de un amigo, etc. Por ejemplo, en Panamá, uno de los motivos por la renuencia al parto institucional es que las personas *“conocen a alguien”* que fue sometida a una cirugía (cesáreas o episiotomías) durante un parto institucional, lo cual origina miedos y resistencias en las demás. En cambio, en Nicaragua, las buenas experiencias que tienen las mujeres con los brigadistas se multiplican y generan confianza en las amigas o vecinas. Este efecto indirecto de la transmisión de información en las redes sociales resume su poder y complejidad.

“Existen razones fundamentales por las que vivimos nuestras vidas en redes sociales, y si realmente entenderíamos el papel que juegan en nuestra sociedad, cuidaríamos mejor de nuestras redes sociales y encontraríamos maneras de aprovechar su poder para mejorar nuestra sociedad” (Christakis, N. 2010).

Recomendaciones

A continuación se ofrecen cinco recomendaciones que son relevantes para todos los países donde se realizó este estudio. Estas recomendaciones están interconectadas y relacionadas con cómo aprovechar el conocimiento genecuatorado por el presente estudio para aumentar la utilización de servicios de salud durante el embarazo y parto.

1. Proveer información de calidad a la mujer embarazada y su red social: Existen varias ventanas de oportunidad para ofrecer información convergente que se deberían aprovechar mejor. Por ejemplo en los CPN se debería invitar al (la) acompañante dentro de la sala de atención y aprovechar para explicar por qué es importante realizar el parto en el centro de salud, aun cuando se prevé un parto normal; en qué consiste una emergencia obstétrica; o el motivo de una transferencia a un ES de segundo o tercer nivel. Se recomienda elaborar estrategias de información enfocadas en la red social (como charlas que incluyan a mujeres embarazadas, mujeres adultas como las madres o suegras y/o cónyuges), para aumentar la conciencia de los riesgos y cuidados del embarazo y parto. Entender los factores que provocan una emergencia o la necesidad de una cesárea, hace más

164 Sáenz, S. 2009. Consecuencias de la mortalidad materna en Guatemala. *USAID Health Policy Initiative*.

Cuadro 21. Oferta de servicios

La no utilización de los servicios de salud se debe a varios factores no relacionados con las redes sociales pero que sí están relacionados con la calidad de la oferta. Para que las recomendaciones propuestas en esta sección sean eficaces, primero se debe **seguir** con los esfuerzos de **fortalecer la capacidad resolutive de la oferta de servicios de salud**. Solo así se podrá aumentar los resultados positivos, lo cual redundará en su mayor utilización. Este fortalecimiento, además de enfocarse en recursos humanos, insumos e infraestructura, debe incluir estrategias con un enfoque de “humanización” del parto de acuerdo con el contexto local. Más allá de los servicios y las tecnologías disponibles, las personas también valoran la calidez de los servicios. Es menester reiterar la importancia de la calidad técnica y la calidez de servicios como base para incrementar el parto institucional y así mejorar los resultados sanitarios de las comunidades.

probable que se reconozcan los signos de alarma y riesgo, incrementando la probabilidad de que las personas actúen de forma adecuada cuando lleguen los momentos críticos.

En Chiapas, donde los hombres tienen autoridad en las decisiones sobre el lugar del parto, ellos mismos admiten que saben poco del asunto. En este caso sería particularmente útil elaborar estrategias para concientizarse e involucrarse en el proceso de la maternidad y paternidad desde una edad temprana, proveyéndoles la información necesaria para entender mejor la salud sexual y reproductiva, y la responsabilidad de ser cónyuge y padre. De esta manera, se reduce la preconcepción de que el embarazo y parto “*son cosas de mujeres*” para mejorar las decisiones tomadas.

2. Elaborar una estrategia holística de plan de parto basada en cada grupo etario y cultural e incluir a los miembros de la red social en su elaboración: Un hallazgo alarmante es que las personas no tienen planes de acción para partos normales y menos para casos de emergencia. Tampoco reconocen los signos de alarma durante el embarazo y parto. Varios países cuentan con un programa de plan de parto institucionalizado. Sin embargo, por ejemplo, en Nicaragua pocas personas mencionaron usar este plan o tener alguna ruta de acción establecida para el momento del parto. Otros países como Panamá se encuentran en proceso de desarrollo de la estrategia de plan de parto. Para asegurar una adecuada implementación del plan de parto en cada comunidad y familia, este debe tener en cuenta las diferencias según grupo etario y cultura. **El plan de parto para cada mujer embarazada debería ser preparado conjuntamente por los miembros claves de su red social.**

Como se ha mencionado anteriormente, las necesidades de las mujeres primíparas, multíparas e indígenas no son homogéneas. Igualmente, se

evidencia que existe un fraccionamiento sobre las acciones y conocimientos entre CPN, parto, posparto y emergencias obstétricas, por lo cual es crucial que la estrategia de plan de parto incluya a la **red social de la mujer embarazada en cada fase de la maternidad**. Para el buen funcionamiento del plan de parto, los servicios de salud también deben compartir responsabilidades. Por ejemplo, durante los CPN, la enfermera o el técnico debe involucrar a la persona que acompañe a la mujer en la elaboración del plan de parto. Por otro lado, el sistema de referencias y contrarreferencias debe incluir al acompañante y no solo a la mujer embarazada. De esta manera, se reduce la ansiedad de estar sola en caso de transferencias y se mejora la experiencia y el resultado para toda la familia.

3. Identificar y replicar los modelos de buenas prácticas: Durante el trabajo de campo y el análisis de este estudio, se identificaron varios casos de buenas prácticas que son eficientes, rentables y basadas en las necesidades del contexto local. El parto humanizado en Nicaragua, por ejemplo, permite a la partera atender a la mujer parturienta en un ES (inclusión de actores claves de la red social). En Honduras, existen varios esfuerzos por integrar a la partera al sistema de salud, promocionando su participación como acompañante del parto u ofreciendo un incentivo monetario. En Panamá existen esfuerzos de permitir el ejercicio de ritos y costumbres tradicionales en el centro de salud. No obstante, la gran mayoría de estas prácticas depende de esfuerzos no sistematizados de ciertos individuos. Para poder **replicar las buenas prácticas** es importante que estos esfuerzos sean primero **reconocidos y legitimados por las instituciones formales de salud y los beneficiarios**. Segundo, debe existir una instancia que promueva la replicación de las buenas prácticas en las comunidades cuando sea pertinente. Tercero, se deben **documentar, sistematizar y evaluar las experiencias para obtener**

una herramienta de aprendizaje sobre las fortalezas y los aspectos a mejorar de las prácticas, así como sus efectos y resultados.

4. Elaborar estrategias de cambio de comportamiento diferenciados para las mujeres primíparas y múltiparas:

Este estudio ofrece información clave sobre actitudes, percepciones y comportamientos (modelos de creencias en salud) y las dinámicas recíprocas en las cuales los factores personales y sociales interactúan continuamente. Se demuestra **cómo las personas aprenden no solo por experiencias propias sino por las experiencias de otros (teoría de aprendizaje social)**. Por lo tanto, la información de este estudio es de gran valor para las Estrategias de Cambio de Comportamiento (ECC). Una ECC podría enfocarse en cambiar las percepciones sobre las mujeres múltiparas mayores (30 años) que son consideradas por los miembros de sus redes sociales como menos susceptibles a complicaciones. Esta ECC podría enviar mensajes puntuales sobre **las vulnerabilidades de la mujer múltipara adulta por tener pocas personas que la apoyen, tener hijos que cuidar y quehaceres domésticos que cumplir**. Se podría destacar la vulnerabilidad que esta situación crea para ella y su familia, mencionando los riesgos asociados con los partos que ocurren en madres que tienen más de 34 años al momento del nacimiento del niño¹⁶⁵.

Los mensajes para las mujeres primíparas menores de 18 años y sus parejas deberían enfocarse dentro de una estrategia integral que incluya la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar (PF), desmitificando las ideas sobre los métodos anticonceptivos. Se debería resaltar **la importancia de la PF no solo para no tener hijos, sino también para posponer o espaciar los embarazos, promoviendo el bienestar de la mujer, el bebé y la familia**, mediante la provisión de información completa y correcta. Se deben **aprovechar múltiples oportunidades y múltiples medios**, incluyendo a las diferentes personas que constituyen las redes sociales, y no dirigiéndose solamente a las mujeres en el momento del parto.

Igualmente, las estrategias enfocadas exclusivamente en las necesidades de las personas adolescentes son pocas y deficientes. Es evidente que se deben desarrollar programas específicamente para esta población dada la edad temprana de los prim-

eros partos. **Varios adolescentes entrevistados mostraron una actitud positiva y responsable sobre la PF, pero carecen de espacios para hablar y recursos para actuar sobre sus inquietudes**. Existen diversas estrategias comprobadas como la educación por pares o la promoción de información de calidad por medio de las redes sociales que pueden mejorar la información sobre PF y salud sexual y reproductiva en este grupo etario. También se pueden crear estrategias basadas en aquellos adolescentes que representan una *“desviación positiva”*¹⁶⁶ así como los programas que trabajan con hombres para enfatizar la paternidad responsable.

5. Desarrollar modelos en salud intercultural que combinen las buenas prácticas de cuidado y atención del parto en las comunidades indígenas y que incluyan a todos los actores claves de este proceso:

La salud intercultural no debe reducirse al parto vertical, sino que debe considerarse como una herramienta de entendimiento mutuo y conexión entre las prácticas tradicionales y las biomédicas. Es importante destacar que las múltiples culturas indígenas de la región tienen sus propias prácticas y creencias, y por lo tanto **se debe incluir la salud intercultural según el contexto sociocultural de cada comunidad**. Existen varias prácticas ya implementadas en otros países que han probado ser altamente rentables. Estas prácticas se basan en la salud como un derecho fundamental que comienza con el buen trato, así como *“la aceptación de la cosmovisión indígena en la práctica médica y su posicionamiento en el sistema de salud pública”*¹⁶⁷. En Panamá, por ejemplo, la estructuración familiar y comunal de la red social en la comarca Guna Yala apunta a la necesidad de incluir no solo a la partera, sino también al guía espiritual y al médico tradicional en todas las estrategias relacionadas con la salud materna, tales como capacitaciones, charlas, incentivos, etc. En todos los países fácilmente se podría **consultar con las comunidades sobre sus requisitos y deseos respecto a la alimentación, la vestimenta, los colores y la decoración de los centros de salud, y otros elementos de pertinencia sociocultural, así como aspectos de buen trato y mejor entendimiento y respeto mutuo**.

En todos los países todavía existe una alta demanda por los servicios de las parteras, como así también ambigüedad y polarización sobre su rol y sus víncu-

165 Secretaría de Salud. 2011. Emergencias obstétricas, Honduras.

166 La desviación positiva se refiere a los “individuos que usan prácticas diferentes, comportamientos desviados que les permiten resolver problemas mejor que sus compañeros o vecinos teniendo acceso a los mismos recursos”. Aportando arte a la ciencia de dirigir, 2009.

167 Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

los con las comunidades y los servicios de salud. Por lo tanto, es necesario **realizar una investigación de cómo las parteras** (tradicionales y capacitadas) **pueden ser integradas dentro de los servicios de salud de una manera sensible a las demandas locales y culturales.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como *“un estado de completo bienestar*

físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Cada vez es más evidente que para mejorar la salud, es imprescindible contar con la participación activa de las comunidades en la definición y el logro de la calidad. Las redes sociales de las mujeres embarazadas representan un grupo clave de estas comunidades, para asegurar que cada embarazo y parto sea sano y seguro para la madre y su bebé.

Referencias bibliográficas

Barker, K. 1998. A ship upon a stormy sea: The Medicalization of Pregnancy. *Social Science and Medicine*, 47(8), 1067 – 1076.

Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del BID. *Banco Interamericano de Desarrollo*.

Secretaria de Salud. 2011. Emergencias obstétricas, Honduras.

Sáenz, S. 2009. Consecuencias de la mortalidad materna en Guatemala. USAID Health Policy Initiative.

