

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, 2009-2011**



**TESIS**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION DEL PARTO  
EXTRAHOSPITALARIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CHILANGA,  
MORAZAN, ENERO - JUNIO 2011.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PUBLICA.**

**AUTORAS:**

**FLORES DE ROLANDO PATRICIA DOLORES  
GONZALEZ QUINTANILLA JUANA ISABEL**

**ASESORA:**

**MSP. LEYDY LORENA ROMERO DE RODRIGUEZ.**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMERICA**

***UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR***

***AUTORIDADES***

*INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO*

***RECTOR***

*LICENCIADA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO*

***VICE-RECTORA ACADEMICA***

*DOCTORA ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA*

***SECRETARIA GENERAL***

*LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA*

***FISCAL GENERAL***

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

*LICENCIADO CRISTOBAL HERNAN RÍOS BENITEZ*

**DECANO**

*LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ*

**VICE-DECANO**

*LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ*

**SECRETARIO**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios Todopoderoso por el tiempo, la Sabiduría y las Bendiciones recibidas durante la Maestría, a los **Docentes Masters** por colaborar en nuestra formación profesional, a **Nuestra Asesora** por su guía, a **la Universidad** por darnos la oportunidad de superación y a nuestros **Padres** por su apoyo y cariño.*

**DEDICATORIA.**

*A mi Padre por su apoyo y esfuerzo en mi formación. A mi esposo por su amor, comprensión y compañía durante la Maestría.*

***Patricia***

*A mis padres por su amor, comprensión y esfuerzo para el logro de mis triunfos.*

***Isabel***

## INDICE

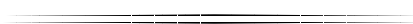
<b>RESUMEN .....</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>II</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>IV</b>
OBJETIVO GENERAL .....	IV
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	IV
<b>IV-MARCO TEORICO.....</b>	<b>1</b>
ASPECTOS CULTURALES .....	1
ASPECTOS ECONOMICOS .....	3
ASPECTOS GEOGRAFICOS .....	3
CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO.....	3
OTROS ASPECTOS CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO .....	4
ASPECTOS NEGATIVOS DEL PARTO DOMICILIARIO.....	5
ACCESO A LA ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO Y EL NACIMIENTO.....	6
ESTUDIOS QUE RESPALDAN LA INVESTIGACION.....	6
VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO.....	7
REPERCUSION DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL ....	8
ASPECTOS ECONOMICOS .....	14
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA COMUNIDAD.....	15
<b>VI-DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>16</b>
TIPO DE ESTUDIO: .....	16
POBLACION UNIVERSO:.....	16
MUESTRA:.....	17
VARIABLES: .....	17
<b>VII-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....</b>	<b>17</b>
<b>VIII-CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....</b>	<b>18</b>
<b>IX-TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:.....</b>	<b>18</b>
<b>X-VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>19</b>
<b>XI-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION.....</b>	<b>19</b>
<b>XII-CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>19</b>
<b>XIII-RESULTADOS OBTENIDOS .....</b>	<b>20</b>
ASPECTOS SOCIALES.....	20
ASPECTOS ECONOMICOS .....	25
ASPECTOS GEOGRAFICOS .....	28
ASPECTOS CULTURALES .....	30
<b>XIV-DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>XV-CONCLUSIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>XVI-RECOMENDACIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>XVII-BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
GUIA DE ENTREVISTA .....	53
MAPAS DE AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA.....	55
MAPA DE CONECTIVIDAD VIAL DE MORAZAN.....	56
CONECTIVIDAD VIAL INTERNA DEL MUNICIPIO DE CHILANGA .....	57
MAPA DE LA POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN .....	58
CANTONES JOYA MATAZANO, PIEDRA PARADA Y CHAPARRAL.....	59
CANTONES LAJITAS Y EL PEDERNAL.....	60

## RESUMEN

El municipio de Chilanga en Morazán, posee una población rural en su mayoría quienes conservan sus costumbres autóctonas y pensamiento mágico-religioso de manera muy arraigada lo cual influye en la salud del binomio madre-hijo, razón por la cual consideramos importante llevar a cabo nuestra investigación en dicho lugar, sobre los factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, durante el periodo comprendido de enero - junio 2011; realizando un estudio descriptivo y tomando como muestra a todas las mujeres que verificaron parto extrahospitalario, obteniendo la información por medio de entrevistas realizadas en la Unidad de Salud y en visitas domiciliarias, utilizando como instrumento el Cuestionario de la Encuesta, posteriormente se consolidó la información y se analizaron los datos a través de la estadística descriptiva, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes representándolos en gráficas.

En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados, dentro de los aspectos más importantes que conllevan a las mujeres a preferir la atención del Parto extrahospitalario están las tradiciones culturales, inaccesibilidad a los servicios de salud ya sean de tipo económicas o geográficas y nivel educativo.

Se identificaron como causas más frecuentes para que las mujeres opten por el parto en casa, el temor a la episiotomía o cesárea, por maltrato por personal de salud, por tardanza en la atención, por la dieta alimentaria, por ausencia de familiares durante el parto y por irrespeto a sus costumbres. Se comprobó la preferencia de la atención del parto extrahospitalario debido a la empatía existente con la partera y al poco conocimiento que tienen acerca de los principales riesgos y complicaciones que puedan presentarse durante el parto.



## INTRODUCCION

Alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, y más de medio millón muere como consecuencia de que la emergencia médica que padecen no es atendida o lo es pero de manera tardía e inapropiada. Así mismo, cada año en el mundo 1,2 millones de recién nacidos/as mueren por complicaciones durante el parto (OMS: 2002).

En América Latina y el Caribe, las defunciones maternas suman 23.000 cada año, lo que significaba, alrededor del año 2000, una razón de mortalidad materna de aproximadamente 190 por cada 100.000 nacidos vivos. Las razones de mortalidad materna divergen mucho entre los países de la región, y también dentro de cada país. La atención calificada del parto ha sido reconocida como una estrategia clave en la disminución de la mortalidad materna y neonatal. Los registros disponibles muestran que durante el parto y las 24 horas que le siguen, ocurren alrededor del 80% de las muertes maternas. Por ello, el acceso a atención calificada, proveída por personal de salud calificado durante el embarazo, parto y puerperio es crítico para garantizar la salud de la madre y el recién nacido.

Las muertes maternas responden en un 80% a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; es decir, las que ocasionan las denominadas defunciones obstétricas directas. Algunas veces las complicaciones obstétricas pueden derivar en emergencias obstétricas: “una complicación clínica o accidente que aparece de forma más o menos intempestiva en una mujer embarazada, parturienta o púérpera, como resultado de complicaciones del proceso de gestación, omisiones y/o errores asistenciales, que ponen en riesgo la salud, vida de la madre y el feto; los cuales requieren atención sanitaria inmediata y apropiada”. La mayoría de muertes maternas ocurren alrededor del parto por esto, cualquier demora que impida el acceso de una mujer con una complicación a atención calificada y servicios con capacidad resolutive, puede ocasionarle la muerte.

En el año 2006 se realizó en El Salvador, la Línea Basal de Mortalidad Materna encontrando que la razón de mortalidad materna para el período de estudio fue de 71.2 por 100,000 nacidos vivos, evidenciando que “las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles”, y que estas muertes son “evitables y por consiguiente injustas, reflejando la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios de salud.

En el año 2000 los países miembros de Naciones Unidas, incluyendo El Salvador asumieron compromisos a lograr para el año 2015, con el objeto de progresar hacia niveles superiores de desarrollo humano. Uno de ellos es Mejorar la salud materna. (Objetivo de Desarrollo del Milenio # 5) que incluye actividades como garantizar un parto seguro, atendido por profesionales de la salud, para disminuir el riesgo de morbilidad materna e infantil, así como las consecuencias que puedan presentarse en estos periodos de la vida de la mujer.

---



El alto índice de partos extrahospitalarios es actualmente un problema importante de Salud Pública, ya que según datos de la Encuesta FESAL 2008 a nivel país solo el 85% de partos tuvo atención intrahospitalaria, correspondiendo al Departamento de Morazán el 68%, siendo esta cifra la más baja a nivel nacional. En nuestro país se han venido realizando muchos esfuerzos y estableciendo compromisos nacionales e internacionales para mejorar la salud materna y del recién nacido/a lo cual contribuye a reducir la mortalidad infantil, sobre todo en el periodo perinatal y la mortalidad materna. A pesar de todos estos esfuerzos y de la Implementación de nuevas estrategias a nivel comunitario, la atención del parto domiciliario, por personal no calificado sigue siendo un problema en las zonas rurales a nivel nacional.

Frente a este problema, el Ministerio de Salud de El Salvador, como ente rector de la salud en el país, a través de la Unidad de Salud Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal, creando una nueva Política de Salud “Construyendo la Esperanza” en la que se plantean estrategias y recomendaciones en salud para ser incluidas en el Plan Nacional 2010-2014, las cuales están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional.

En Junio del presente año se reportó la primera muerte materna ocurrida en el municipio de Chilanga, relacionada con una causa obstétrica directa, ya que la paciente presentó una retención placentaria y debido al acceso geográfico de la zona y a las demoras uno y dos (Demora en tomar la decisión de buscar ayuda y la demora en trasladarse y acceder a la asistencia necesaria), lo cual trajo como resultado la primera defunción materna en el Municipio.

Por lo anteriormente expuesto se realizó un estudio sobre los factores que influyen en la atención del parto extra hospitalario en las mujeres del Municipio de Chilanga en el Departamento de Morazán, durante el periodo de enero a junio del 2011.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### ***OBJETIVO GENERAL***

Identificar los Factores que influyen en la atención del Parto Extra hospitalario en las mujeres del Municipio de Chilanga en el Departamento de Morazán, durante el periodo de Enero a Junio del 2011.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

- Determinar las condiciones socioeconómicas que puedan predisponer a las mujeres a optar por el parto fuera de los hospitales.
  - Conocer los aspectos geográficos y culturales que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto Extrahospitalario.
  - Identificar las causas más frecuentes, que dificultan a las mujeres embarazadas la atención del parto hospitalario.
-

## **IV-MARCO TEORICO.**

Existen algunos aspectos que condicionan a las mujeres para optar a la elección del parto fuera de un Centro Hospitalario, identificar y conocer estos factores en las mujeres que verificaron parto domiciliar en el municipio de Chilanga de Enero a Junio del año 2011 es lo que se pretende en la siguiente investigación.

Dentro de los aspectos que incluimos en nuestro estudio son: Culturales, Geográficos, Económicos, así como conocer los motivos que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto Extrahospitalario.

### ***ASPECTOS CULTURALES.***

La percepción que la comunidad tiene de los servicios de salud, y la voluntad de mantener ciertas prácticas culturales alrededor del parto (que a menudo son rechazadas por los proveedores en los servicios) obstaculizan el acceso a atención calificada.

Muchas mujeres expresan haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas. Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de la mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de la madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Se valoran los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar.

Hay mujeres que prefieren el parto en casa con el fin de involucrar a sus esposos en el evento, argumentando que de esta manera podían establecer vínculo afectivo tanto de pareja, como con su hija/o.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidencia una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además la inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Varias de estas

---

percepciones se basan en experiencias previas negativas vividas en los hospitales, incluyendo las cesáreas.

Las dificultades de comunicación entre el personal de salud y las usuarias gestantes, limitan la solución adecuada a la demanda e incluso ponen en riesgo la vida misma. La expresión práctica de esto se encuentra en la incapacidad para escuchar y valorar adecuadamente las afirmaciones de las mujeres y sus motivos de consulta, incluso las mujeres tienden a subvalorar lo que están sintiendo cuando no coinciden con las indicaciones que le han dado quienes detentan el conocimiento.

Lo anterior tiene raíz en la prevalencia de concepciones y creencias sexistas que se reflejan en las actitudes, comportamientos y decisiones médicas.

Cuando las mujeres expresan ser objeto de prácticas médicas no consultadas o no compartidas (cesáreas por ejemplo), se está evidenciando la imposibilidad de concertar y ser partícipe activo en las decisiones que le atañen.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos aparecen con mucha fuerza, las mujeres expresan sentir pánico de lo que les pueda suceder en un hospital y se manifiesta en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantean la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud acerca de las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

Algunas mujeres acuden al hospital, y una vez examinadas son devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días) para el parto. Según los relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a la casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres.

Otro factor lo constituye la falta de apoyo y soledad de algunas mujeres acompañado de abandono, aislamiento y ausencia de redes sociales, ligado a precarias condiciones de vida y pobreza extrema.

---

***ASPECTOS ECONOMICOS.***

La barrera económica limita el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud. Las mujeres tienen conocimiento de los costos del pasaje, ya sea transporte público o privado para asistir al parto en un hospital (aunque la atención del parto en sí es gratis) y expresan imposibilidad de pagar. Los ingresos familiares se encuentran muy lejos de cubrir los costos del transporte hacia el hospital más cercano.

***ASPECTOS GEOGRAFICOS.***

La falta de transporte en sitios alejados determinó el evento en algunos casos, manifestándose los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de estos sectores para buscar la atención calificada del parto.

Existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención calificada del parto, no solamente porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores, sino porque en las zonas alejadas el personal de salud en ejercicio tiene menos calificación y recibe poca o ninguna capacitación y supervisión.

En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos.

En ciertos contextos donde la familia y la comunidad proporcionan escaso apoyo a la maternidad, el bajo empoderamiento de la mujer y el limitado acceso a los recursos familiares, impide que ésta se movilice en búsqueda de asistencia calificada durante su embarazo, parto y posparto.

***CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO.***

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia del parto domiciliario y que a su vez son barreras para la atención del parto intrahospitalario; entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Factores Personales: como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de “no unida” , el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la

procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

- Factores de la Atención Prenatal: El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas domiciliarias y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal.
- Factores Institucionales: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de atención del personal de salud a las pacientes posterior al parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

### ***OTROS ASPECTOS CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO.***

Otros de los factores identificados como barreras culturales y de comunicación que obstaculizan la llegada de las mujeres a los servicios de salud son:

- El temor a que “Las unan o las operen” (Episiotomía o Cesárea)
- Pudor (falta de batas y cobertores)
- Temor a la camilla (demasiado alta, inclinada o angosta)
- Maltrato y discriminación
- El lenguaje técnico (poco comprensible) empleado por el personal de salud
- La existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias
- Alta precoz luego del parto
- La soledad durante la hospitalización (restricción por horario de visita y de la presencia de familiares)

La atención del parto por personal no calificado (principalmente familiares y parteras empíricas), es también un grave factor de riesgo agregado al parto en domicilio.

### ***ASPECTOS NEGATIVOS DEL PARTO DOMICILIARIO.***

- Falta de higiene e iluminación
- Ausencia del concepto de complicación y falta de preparación del plan de emergencia
- Trabajo de parto no controlado
- Corte del cordón umbilical con instrumento sucio
- Desgarros frecuentes y sangrado no controlado
- Falta de atención inmediata al recién nacido y apego precoz retardado.

La ausencia de personal calificado propicia la demora en la identificación de signos de complicaciones obstétricas y su indebida atención y manejo, resultando demasiado a menudo en la muerte de la madre.

El parto en domicilio provee también aspectos objetivamente positivos para la salud de la madre, como el apoyo emocional y la calidez al dar a luz en un ambiente familiar, y la práctica de ritos y tradiciones inocuos y de gran valor identitario para la parturienta. Algunos de estos elementos pueden ser asumidos por los servicios de salud (especialmente cuando son beneficiosos para la madre) en el marco de un proceso de adecuación intercultural.

La adaptación cultural de los servicios, o de determinados componentes de los mismos, se plantea como una solución práctica y efectiva para superar las barreras culturales al acceso a la atención calificada. La adaptación de las salas de parto, por ejemplo, puede promover que las gestantes de las zonas rurales más excluidas accedan a los servicios de salud con confianza y seguridad, y reciban atención de calidad con pleno respeto a sus derechos y valores culturales.

Una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes lleva a un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato o de ambos lo cual está en contraposición con el parto limpio y seguro.

La atención del parto por personal calificado es el punto central en la lucha contra la mortalidad materna. Sin embargo, hay que tener siempre en cuenta que el embarazo, el

parto, el nacimiento y el puerperio son eslabones inseparables de una cadena asistencial, la etapa perinatal, y que por tanto la calidad de atención debe estar presente en todo el proceso.

### ***ACCESO A LA ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO Y EL NACIMIENTO***

Facilitar el acceso de las mujeres a la atención calificada del parto es ciertamente un desafío para aquellos países que por un lado no han logrado la cobertura total y, por el otro, registran elevados índices de parto domiciliario atendidos por parteras empíricas y/o por familiares.

La cobertura de atención del parto por personal calificado sigue siendo baja en muchos países por problemas relativos a la:

- Disponibilidad: debido al número insuficiente de personal calificado y la distribución inadecuada del personal existente;
- Asequibilidad institucional: porque los recursos son insuficientes para financiar la atención calificada y para mantener y ampliar la infraestructura del sistema de servicios de salud; y
- Accesibilidad al servicio: como resultado de barreras familiares, comunitarias, culturales, financieras y estructurales que las mujeres continúan enfrentando.

Más allá del componente político, las dificultades sociales para que las mujeres accedan a la atención calificada del parto es un importante factor que obstaculiza el acceso. En el conjunto de los países en desarrollo, sólo la mitad de los partos son atendidos por personal calificado, debido a la baja disponibilidad de dicho personal, al acceso obstaculizado por barreras físicas y culturales, y a la baja calidad y poca calidez durante la atención.

### ***ESTUDIOS QUE RESPALDAN LA INVESTIGACION.***

En casi todos los países industrializados, la práctica obstétrica ha ido derivando desde el segundo cuarto del presente siglo hacia las clínicas. Dos grandes cambios se han producido en los últimos años: de la asistencia domiciliaria prestada por la matrona (que era en los casos complicados por el médico), se ha ido evolucionando a un "equipo



obstétrico" formado por tocólogo, anestesista, Neonatólogo y matrona, que radica y efectúa su trabajo en una clínica. No obstante, existe actualmente una tendencia que, por razones sentimentales o de vuelta a la naturaleza, preconiza el parto a domicilio, atendido por el esposo, el médico y la comadrona.

Son numerosos los trabajos que demuestran la disminución progresiva del parto domiciliario, aunque hay ciertos países como Holanda que mantienen un elevado número de partos extrahospitalarios (40% del total en 1.978); en Inglaterra y Gales, el 85% de los partos se producía en el domicilio de la paciente en 1.927, cifra que ha ido descendiendo hasta llegar a ser tan sólo del 1.1% en 1.982. En otras zonas y como consecuencia de la corriente anteriormente comentada, la tendencia decreciente se ha invertido en los últimos años (en los EE.UU., los porcentajes correspondientes a partos domiciliarios en los años 1.970, 1.975 y 1.977 son, respectivamente, 0.6, 0.9 y 1.5% del total).

Las causas de la frecuencia creciente de los partos en clínica son de naturaleza compleja y no sólo médicas: a) evolución hacia un estado social sufragante en parte de los gastos; b) ausencia de personal dispuesto a prestar una asistencia domiciliaria, y c) mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas en clínicas.

En los países en los que el parto extrahospitalario es más habitual aproximadamente dos terceras partes de los mismos son planeados para que tengan lugar en el propio domicilio. En nuestro medio, algunos partos extrahospitalarios son partos "precipitados" que se producen en el domicilio de la propia paciente por su rapidez, no habiendo posibilidad de que ésta sea trasladada a un centro hospitalario.

### ***VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO***

En un estudio realizado con 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, Gordon y Elias-Jones demostraron que un 80% de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa (ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido, más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción del costo) se ven contrarrestadas por el miedo ante

---

las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante estos riesgos no son ilimitadas.

Es cierto que muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto; sin embargo, la hemorragia intraparto prevista (por placenta previa, abrupcio, etc), o la hemorragia postparto por atonía, pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre (también se diagnostican y tratan a domicilio). Los riesgos para el feto son incluso mayores: al menos un 20% de la mortalidad perinatal ocurre en la población de bajo riesgo y no son aparentes antes del parto (prolapso del cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.). Se controlan tanto en hospital como a domicilio, los oponentes al parto domiciliario creen que todos los partos son, en algún grado, de alto riesgo, lo cual es falso. Estas consideraciones previas no impiden que las razones dadas por las madres para preferir el parto domiciliario sean válidas.

En la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones (oxitócicos, sedantes, etc.), maniobras (monitorización, amniorrexis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) y otras intervenciones (episiotomía, cesárea en primíparas con presentación de nalgas, etc.) que dificultan la natural evolución del proceso. Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos; sin embargo, éstos no sobrepasan el 15% del total. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el costo.

En cambio en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico.

#### ***REPERCUSION DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL***

El aumento progresivo que se ha observado durante este siglo en la obstetricia hospitalaria a expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbilidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque participan también y sin lugar a dudas, otros factores como

---

un mejor estado sanitarios de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte.

Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios: a) Los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo

b) Al menos un 10% de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada,

c) Es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario, y

d) El nivel socioeconómico y cultural es distinto en ambos grupos.

Hay ciertas prioridades en el proceso del nacimiento que deben ser mantenidas: la primera es una madre viva y sana, la segunda un niño vivo y sano y la tercera, una experiencia provechosa psicológicamente para los padres y el recién nacido. La necesidad de preservar la asepsia, de utilizar métodos de control, las medicaciones e intervenciones habituales han hecho del parto, en el medio hospitalario, un acto quirúrgico muy tecnificado y deshumanizado. Debido a esta deshumanización e impersonalización de la asistencia están reapareciendo procederes que parecían olvidados (parto en el agua, maridos-comadrones, etc.).

La deambulaci3n durante la dilataci3n, la presencia del marido, los pujos naturales y la posici3n semisentada durante el expulsivo son aspectos beneficiosos del parto natural (aqu3l que se efectúa gracias a las fuerzas naturales y segun unas técnicas adquiridas de forma intuitiva y transmitidas de una generaci3n a otra) que la obstetricia moderna ha de incorporar. Por los mismos motivos han surgido en América, durante los años setenta los llamados "alternative birth rooms" (cuartos alternativos de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y tan sólo a unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.

Muchas mujeres acuden al hospital expresando sus deseos de cómo quieren ser atendidas, pero allí difícilmente se les escucha. No tienen en demasiada consideraci3n

---

los derechos humanos, el miedo y la inseguridad prevalecen en los centros donde más tecnología se ha instalado para dar seguridad.

Junceda-Avelló resume en una frase la evolución que ha seguido y ha de seguir la filosofía de la asistencia al parto: al viejo lema de "paciencia y pasividad" debe contraponerse en la actualidad el de "ciencia y actividad", que no quiere decir "impaciencia e intervencionismo".

### ***DESCRIPCION DE LA SITUACION SOCIO HISTORICO Y CULTURAL DEL TERRITORIO***

El municipio de Chilanga, se ubica en el departamento de Morazán, no forma parte de ninguna Microrregión del departamento de Morazán. Se encuentra ubicado en la Red No. 2 del SIBASI Morazán, integrada por: Unidad de Salud de Yamabal, Sensembra, Guatajiagua, San Carlos, Yoloaiquín, Delicias de Concepción, Lolotiquillo y Cacaopera. En esta Red también se incluye al Hospital Nacional San Francisco Gotera quien a su vez brinda atención de primer nivel.

El territorio lo integran cinco cantones y su casco urbano, su gobierno municipal en turno pertenece al partido Alianza Republicana Nacionalista (ARENA) y es presidido por el Sr. Neftalí Pérez Vásquez, como Alcalde municipal para el período 2009-2012

Está limitado por los siguientes municipios: al Norte, San Simón, Gualococti, Osicala, Delicias de Concepción y Yoloaiquin; al Este, con Lolotiquillo y San Francisco Gotera; al Sur, con San Francisco Gotera y Sensembra y al Oeste, con Yamabal y San Simón.

***DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA:***

Para su administración, el municipio de Chilanga, se divide en Cinco Cantones: Chaparral, Piedra Parada, Joya El Matazano, Lajitas y El Pedernal. Posee Cuarenta Caseríos, y el área Urbana, la cual se divide en Barrio Concepción y Barrio El Calvario,

Con el nuevo Modelo de Salud se asignó al área geográfica del Municipio tres equipos Comunitarios de Salud Familiar, quedando distribuidos de la siguiente manera:

*ECOSF I* Corresponde al área Urbana y Cantón Pedernal

*ECOSF II* Corresponde a Cantones Chaparral y Piedra Parada

*ECOSF III* Corresponde los Cantones Lajitas y Joya El Matazano,

Cada equipo cuenta con un medico/a coordinador, una enfermera comunitaria una auxiliar de enfermería cuatro promotores de salud y un colaborador de servicios varios.

La UCSF INTERMEDIA CHILANGA MO-I además de los integrantes del equipo posee Odontóloga, Laboratorista Clínico e Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental, Secretaria y Ordenanza, por lo que se considera una UCSF Intermedia del primer nivel de atención.

Además Chilanga, cuenta con dos Casas de Salud:

- Casa de Salud El Chaparral, en Caserío Centro, en área geográfica de Influencia (AGI) de la UCSF Piedra Parada.
- Casa de Salud Joya El Matazano, Caserío Los Ventura, en AGI de UCSF Las Crucitas.

Las Sedes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar UCSF, se encuentran ubicadas en las siguientes áreas geográficas.

- UCSF INTERMEDIA CHILANGA MO-I Barrio Concepción.
- UCSF BASICA PIEDRA PARADA: Cantón Piedra Parada, Caserío Centro.
- UCSF BASICA LAS CRUCITAS: Cantón Lajitas Arriba, Caserío Las Crucitas.

**Cuadro N° 1**  
**PERSONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHILANGA**

<b>RECURSOS</b>	<b>N°</b>
Médicos Coordinadores	3
Enfermeras Comunitarias	3
Auxiliares de Enfermería	5
Colaborador de Servicios Varios	3
Promotores de Salud	14
Odontóloga	1
Lic. en Laboratorio Clínico	1
Estudiante en Servicio Social de Laboratorio Clínico	1
Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental	1
Secretaria	1
Ordenanza	1
<b>TOTAL RECURSOS.</b>	<b>34</b>

**Cuadro N° 2**

**DISTANCIA APROXIMADA DEL ESTABLECIMIENTO A LAS DIFERENTES  
COMUNIDADES**

Comunidad	Distancia aproximada en km.	Tiempo promedio de recorrido	
		A pie	Vehículo
Cantón Chaparral	4	1h	25 m
Cantón Joya El Matazano	10	2h 10 m	45 m
Cantón Lajitas	3.5	50 m	20 m
Cantón pedernal	2	20 m	15 m
Cantón Piedra Parada	7	1h 40 m	25 m

Fuente: Alcaldía Municipal

**Cuadro N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS ETARIOS**

<b>Grupos Etarios</b>	<b>Masculinos</b>	<b>Femeninos</b>	<b>Total</b>
<i>Menores de 1año</i>	109	116	225
<i>1-4 años</i>	431	428	859
<i>5-9 años</i>	578	628	1206
<i>10-14 años</i>	739	<b>717</b>	1456
<i>15- 19 años</i>	633	<b>655</b>	1288
<i>20-24 años</i>	392	<b>466</b>	858
<i>25-29 años</i>	278	<b>420</b>	698
<i>30-34 años</i>	272	<b>384</b>	656
<i>35-39 años</i>	223	<b>274</b>	497
<i>40- 44 años</i>	181	<b>231</b>	412
<i>45- 49 años</i>	139	<b>208</b>	347
<i>50- 54 años</i>	145	229	374
<i>55- 59 años</i>	148	180	328
<i>60- 64 años</i>	153	170	323
<i>65-69 años</i>	123	140	263
<i>70-74 años</i>	99	122	221
<i>75-79 años</i>	55	78	133
<i>80 -84 años</i>	50	57	107
<i>85 y mas</i>	52	38	90
<b>TOTAL</b>	4800	5541	10341

Fuente: Ficha Familiar 2010

Según Diagnostico Comunitario realizado por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en octubre del año 2010, el Municipio de Chilanga cuenta con una población actual de 10,341, de la cual 3,355 son mujeres en edad fértil, de estas mujeres 52% poseen un nivel de educación básica, según datos de FESAL 2008, y casi en su totalidad se dedican a las labores domésticas dentro y fuera del hogar, en cuanto a la equidad de género que significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, en el municipio se mantiene un importante arraigo cultural del

dominio del hombre sobre la mujer, predominando las decisiones de este sobre ella, en cuanto a la salud y educación de la familia, así como en participación ciudadana.

### ***ASPECTOS ECONOMICOS.***

#### **Actividades Económicas Primarias.**

Agricultura, Ganadería, Porcicultura y Avicultura. Los productos agrícolas de mayor cultivo son: granos básicos, (maíz, maicillo, frijol) tule, café, caña de azúcar, plantas hortenses y frutícolas. Hay crianza de ganado vacuno, porcino, así como de aves de corral.

#### **Actividades Económicas Secundarias.**

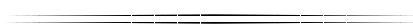
Producción y comercialización de granos básicos como maíz, maicillo, frijol, tule ( para la elaboración de canastos y petates) y frutícola; Crianza y venta de ganado vacuno y derivados de la leche, crianza y explotación de cerdos (venta y producción de carne) y aves de corral como huevos y carnes.

#### **Actividades Económicas Terciarias.**

Comercio de Productos alimenticios de forma artesanal, tiendas informales, Instituciones del estado como: Centros Escolares, Unidad de Salud, Alcaldía Municipal, Juzgado de Paz, Policía Nacional Civil, Casa de la Cultura, (por el rubro de generación de empleo y salarios de cada uno de ellos, esto como fuente o actividades económicas), Empresa de transporte privado conocido como ACOTRACHI (Microbuses, buses y pick-Up) que hacen su recorrido desde la zona urbana del municipio hasta la cabecera departamental, San Francisco Gotera que está ubicada a 5 Km, aproximadamente.

#### **Tasa de Desempleo.**

La Tasa de desempleo del Municipio es de 36.1 % (según datos de Alcaldía Municipal). El municipio de Chilanga está clasificado dentro del mapa de pobreza como “Extrema Pobreza Alta “, por lo que cuenta con el programa de Comunidades Rurales Solidarias que beneficia a niños y niñas, menores de cinco años, adolescentes escolares y adultos mayores de 70 años.





### ***ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA COMUNIDAD.***

Esta antiquísima población Lenca fue fundada el 15 de Enero de 1543. Etimológicamente su nombre significa “**La Ciudad de las Nostalgias**”, pues proviene de **chilan**, **shilanyamba**, que significa nostalgia o tristeza; y **gasincopa de güera** que significa ciudad.

Originalmente este pueblo estuvo en el paraje denominado El Potrero, a un kilómetro al norte de su actual ubicación. En 1740, este pueblo se llamaba Nuestra Señora de Concepción de Chilanga, tenía 33 familias de indios tributarios, es decir alrededor de 163 personas.

En 1770, perteneció al curato de Gotera, desde 1786 pertenece al distrito de Gotera y desde el 14 de Julio de 1875 fue anexado al Departamento de Morazán. Para 1890 el pueblo de Chilanga contaba con 1,880 habitantes. El 26 de Mayo de 1914 se otorgó al pueblo de Chilanga el título de villa, perteneció al Departamento de San Miguel desde el 12 de junio de 1824 al 14 de julio de 1875, y desde esta última fecha ha sido parte del Departamento de Morazán.

Por Ley del 16 de mayo de 1907, los cantones de Piedra Parada, Joya del Matazano y Pueblo Viejo de la jurisdicción de Chilanga, se erigieron en pueblo con el nombre de Veracruz; pero tal disposición no sufrió los efectos esperados, pues el nuevo municipio se extinguió el 27 de marzo de 1909. Los munícipes de Chilanga solicitaron a la Asamblea Nacional Legislativa de 1914, que se le diera a esta población el título de Villa y el nombre de Magdalena, a lo que accedió el Congreso por Decreto del 04 de marzo de aquel año. Sin embargo, el Poder Ejecutivo les negó la sanción en lo que respecta al cambio de nombre vernáculo Chilanga por el de Magdalena, en lo que procedió muy cuerdamente el Presidente de la República don Carlos Meléndez.

Finalmente, el 26 de mayo de 1914, se otorgó al pueblo de Chilanga el título de Villa, pero conservando su antigua denominación. Por Decreto Legislativo No. 780 de fecha 14 de marzo de 2002 y publicado en el Diario Oficial No. 76 de fecha 26 de abril del mismo año, se le otorgó a la Villa de Chilanga el título de Ciudad.

---

## VI-DISEÑO METODOLOGICO

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se desarrollo una investigación:

- **Descriptivo:** Porque se identificaron, factores relacionados o condicionantes para la atención extra hospitalaria del parto, utilizando métodos cualitativos y cuantitativos en la población objeto de estudio.
- **Transversal:** Porque la investigación se realizó en forma paralela haciendo un corte en el tiempo de Enero a junio del 2011.
- **Retrospectivo:** Porque se entrevistaron mujeres que verificaron parto extra hospitalario durante los meses de enero a junio del 2011.

### **POBLACION UNIVERSO:**

La Población y Universo de la investigación está conformado por todas las mujeres que verificaron parto, en la zona rural del Municipio de Chilanga, Departamento de Morazán, durante los meses de Enero a Junio del año 2011.

#### **Cuadro N° 4**

- **NUMERO DE PARTOS DEL MUNICIPIO DE CHILANGA DE ENERO A JUNIO DEL 2011**

MES	HOSPITALARIO URBANO	HOSPITALARIO RURAL	EXTRA HOSPITALARIO	TOTAL
ENERO	4	12	4	20
FEBRERO	2	11	4	17
MARZO	3	12	2	17
ABRIL	3	10	3	16
MAYO	2	9	3	14
JUNIO	4	11	4	19
TOTAL	18	65	20	103

Fuente: Libro de Nacimientos UCSF Chilanga MO

El total de partos ocurrido en el Municipio de Chilanga en el periodo de Enero a Junio del año 2011 fueron en total 103, de los cuales 83 fueron hospitalarios (18 de la zona urbana y 65 de la zona rural) y 20 extrahospitalarios, para efecto de la investigación se tomó como universo el total de mujeres que verificaron parto en la zona rural, siendo un total de 85 mujeres, tomando como muestra las 20 mujeres que verificaron parto Extrahospitalario.

**MUESTRA:**

Para efecto de la determinación muestral, se definió que el grupo en estudio, sería el total de mujeres que verificaron parto Extrahospitalario o domiciliario en la zona rural del Municipio de Chilanga, durante el periodo en que se realizó la investigación.

**VARIABLES:**

**Variable Independiente:** Factores que Influyen en la Atención del Parto Extrahospitalario.

**Variable Dependiente:** Mujeres que Verificaron parto Extrahospitalario.

**Cuadro N° 5****VII-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

OBJETIVO	VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Conocer los Aspectos Culturales y Geográficos que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto Extrahospitalario.	Costumbres y Prácticas adoptadas por las Mujeres durante el Parto.	Todas aquellas acciones y actividades que son parte de la tradición de una Comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, carácter único y su historia.	Cuestionario de Encuesta
	Acceso Geográfico a Centros de Salud	Distancia y condiciones del terreno que inciden en la movilización de las personas a los centros de Salud.	Cuestionario de Encuesta
Determinar las condiciones socioeconómicas que puedan predisponer a las mujeres a optar por el parto fuera de los hospitales.	Educación	Grado de escolaridad que posee la mujer entrevistada y su esposo o compañero de vida.	Cuestionario de Encuesta
	Empleo de la Paciente o el Esposo	Ocupación u oficio al que se dedica una persona (Entrevistada/Pareja) a cambio de recibir un salario o paga.	Cuestionario de Encuesta
	Aspectos Económicos	Ingresos familiares, empleo, remesas, beneficiarios de bonos de comunidades solidarias rurales	Cuestionario de Encuesta
Identificar las causas más frecuentes que dificultan a las mujeres embarazadas la atención del parto hospitalario	Atención del Parto Institucionaria	Parto atendido dentro del servicio de salud o fuera de este (en domicilio), por personal de salud. No incluye el parto domiciliario atendido por partera, aunque esta haya sido capacitada por el personal de salud	Cuestionario de Encuesta

*Fuente: Guía de Atención Prenatal MINSAL, Objetivos de la Investigación.*

### **VIII-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Al realizar este estudio, se incluyeron:

- Mujeres de la zona rural, del Municipio de Chilanga, Departamento de Morazán.
- Todas las mujeres que verificaron partos extrahospitalarios.
- Mujeres que verificaron partos periodo de Enero a Junio del año 2011.
- Partos atendidos por parteras (Capacitada o empírica), o cualquier otra persona no autorizada, para la atención del parto.

### **IX-TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:**

En el local de la Unidad de Salud del Municipio Chilanga, en el Departamento de Morazán, previa cita por Promotores de Salud, las investigadoras realizaron entrevistas; utilizando como instrumento el cuestionario de la encuesta, ya elaborado y validado a mujeres de la zona rural, que verificaron parto extrahospitalarios que fueron atendidas por algún familiar (Madre, suegra, hermana, esposo), amiga, vecina, o partera ya sea capacitada o empírica o por ella misma, durante los meses de Enero a Junio del año 2011. (ver anexo 2)

## **X-VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se validó el instrumento realizando entrevistas a cinco madres que no están incluidas en el estudio y que consultaron de forma espontánea a la unidad de salud del municipio de Chilanga, las cuales verificaron parto extrahospitalario en cualquier periodo de tiempo, utilizando la guía de entrevista, que incluye datos generales, preguntas cerradas y abiertas.

## **XI-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

Con la información obtenida por medio de las encuestas, los datos recolectados se revisaron y digitaron utilizando el programa EPI INFO versión 3.5.1 y Microsoft Excel y Microsoft Word 2010. Para la elaboración de cuadros y gráficos estadísticos que atendiendo a las variables y objetivos de la guía de entrevista resultando la presentación de los datos de forma sistemática; así mismo se utilizó la técnica de palotes, para agrupar aquellas respuestas similares, en el caso de las preguntas abiertas

## **XII-CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La información recolectada a través de la guía de entrevista es de uso exclusivo para el trabajo de investigación y fue manipulada únicamente por las investigadoras, respetando los puntos de vista de las entrevistadas y aplicando los criterios de confidencialidad y privacidad en el estudio.

---

### XIII-RESULTADOS OBTENIDOS

Luego de haber revisado y consolidado los datos obtenidos en la guía de entrevista dirigida a las mujeres del municipio de Chilanga, en Morazán; que verificaron su parto extrahospitalariamente, mediante cruce de datos, se han representados en tablas de frecuencias y porcentajes correspondientes.

En el caso de preguntas abiertas, se agruparon respuestas similares, ya que se emitieron varias opiniones; por lo que de las 20 mujeres en estudio, muchas coinciden en realizar las mismas costumbres y prácticas durante el parto, por lo que se agrupan por frecuencia y se utilizan gráficos de barra.

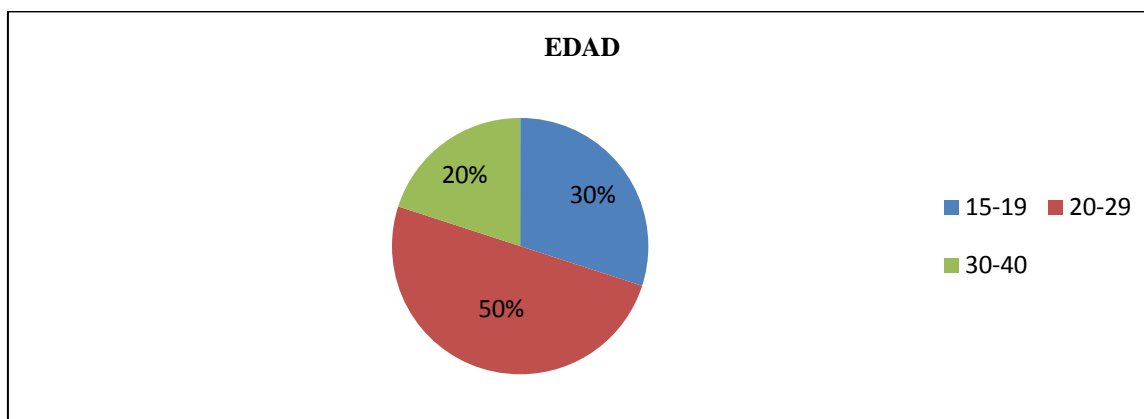
#### **ASPECTOS SOCIALES.**

**Cuadro N° 6**

- EDAD		
Edad	Fr	%
15-19 años	6	30 %
20-30 años	10	50 %
30-40 años	4	20 %
Total	20	100 %

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

**Grafico N° 1**



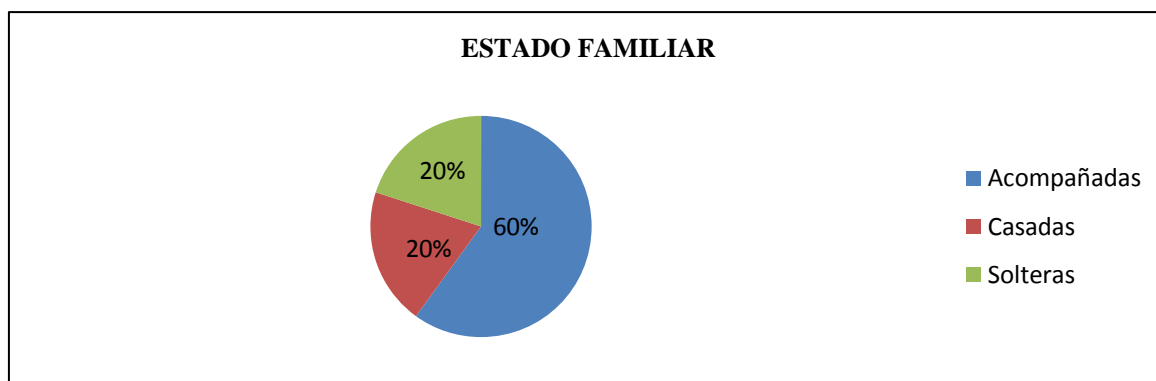
*Fuente: Tabla de Resultados*

Según cuadro N° 6 El mayor grupo de mujeres se encuentra entre las edades de 20 a 30 años, con un 50%, seguido del grupo de mujeres de 15 a 19 años con un 30% y por último las mayores de 30 años de edad con un 20%.

**Cuadro N° 7****- ESTADO FAMILIAR.**

<b>Estado Familiar</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Casada	4	20
Acompañada/Estable	12	60
Soltera	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

**Grafico N° 2**

*Fuente: Tabla de Resultados*

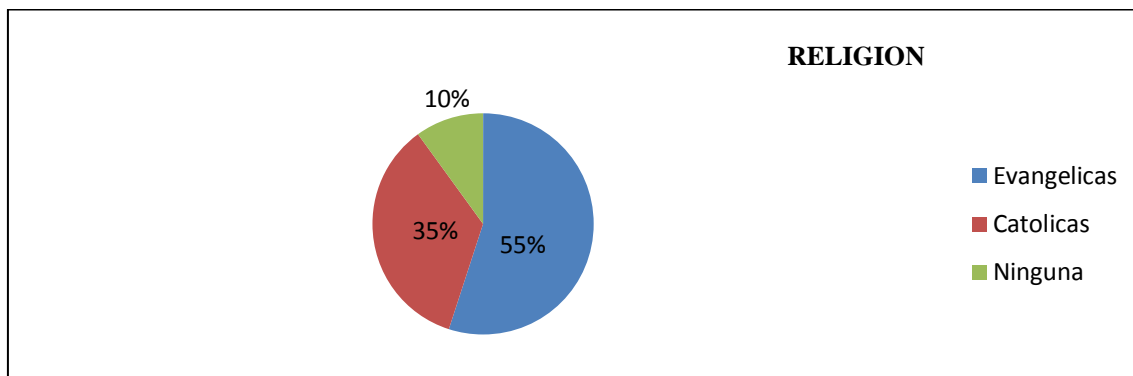
De acuerdo al cuadro N° 7 La mayoría de mujeres 60% en estudio están acompañadas o tienen una relación familiar estable, 20%, de ellas están casadas y otro 20% están solteras.

**Cuadro N° 8****- RELIGIÓN**

<b>Religión</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Católica	7	35
Evangélica	11	55
Ninguna	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

Grafico N° 3



Fuente: Tabla de Resultados

Según cuadro N° 8 La religión que profesan la mayoría de las mujeres en estudio es Evangélica, ya sea que asistan a las Asambleas de Dios o a Los Apóstoles y Profetas; solo el 35% de ellas, practican la religión Católica y el 10% no asisten a una iglesia.

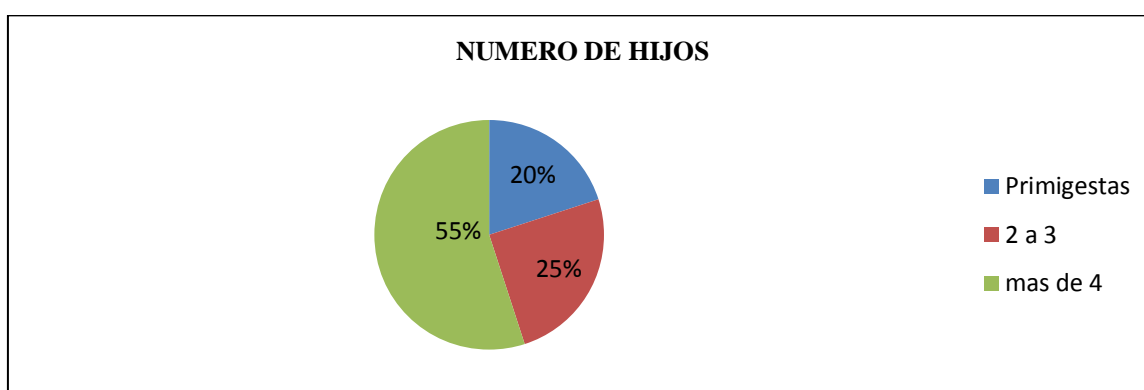
Cuadro N° 9

- NÚMERO DE HIJOS.

Número de hijos	Fr	%
Primigestas	4	20
2-3 Hijos	5	25
+ 4	11	55
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

Grafico N° 4



Fuente: Tabla de Resultados

De acuerdo al cuadro N° 9 el 55% de las entrevistadas tienen más de 4 hijos, seguidas del 25% que poseen de 2 a 3 hijos y el 20% son primigestas.



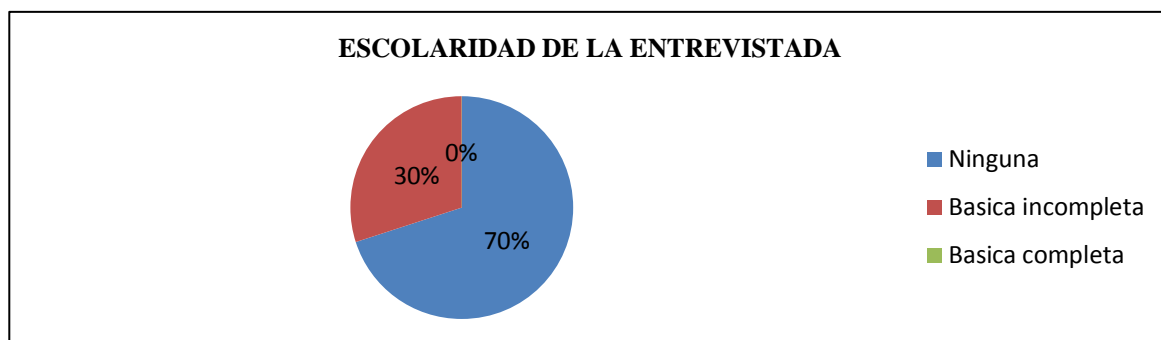
Cuadro N° 10

- **ESCOLARIDAD DE LA ENTREVISTADA**

Escolaridad de la entrevistada	Fr	%
Ninguna	14	70
Básica Incompleta	6	30
Básica Completa	0	0
Totales	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

Grafico N° 5



Fuente: Tabla de Resultados

Según cuadro N° 10 el 70% de las mujeres entrevistadas no poseen una escolaridad y solo el 30% un nivel básico aunque incompleto, ya que la mayoría solo cursa entre tercer y sexto grado y no terminan su educación básica.

Cuadro N° 11

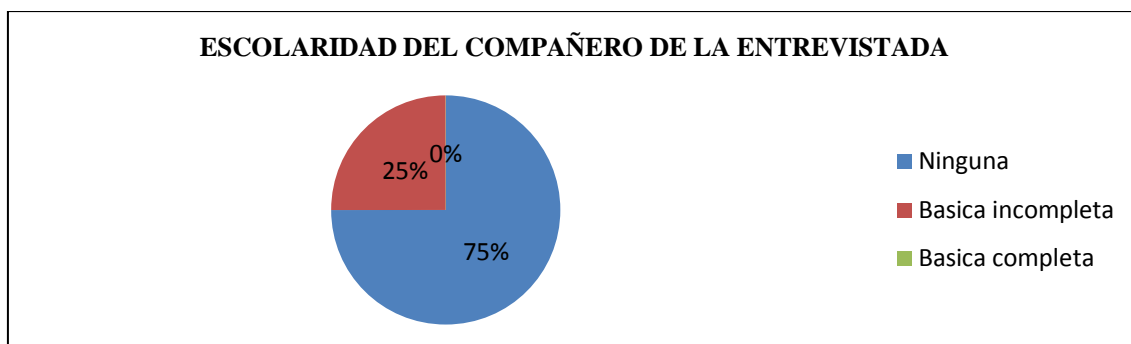
- **ESCOLARIDAD DEL COMPAÑERO DE LA ENTREVISTADA**

Escolaridad del esposo	Fr	%
Ninguna	15	75
Básica Incompleta	5	25
Básica Completa	0	0
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

De acuerdo al cuadro N° 11 un 75% de los compañeros de vida de las pacientes, no han recibido ningún tipo de educación, solo un 25% ha cursado educación básica incompleta, ya que la mayoría de ellos se dedican a las labores agrícolas desde pequeños, además en la zona rural, los centros escolares tienen hasta sexto grado y para concluir su educación básica tienen que viajar hasta la zona urbana.

Grafico N° 6



Fuente: Tabla de Resultados

Cuadro N° 12

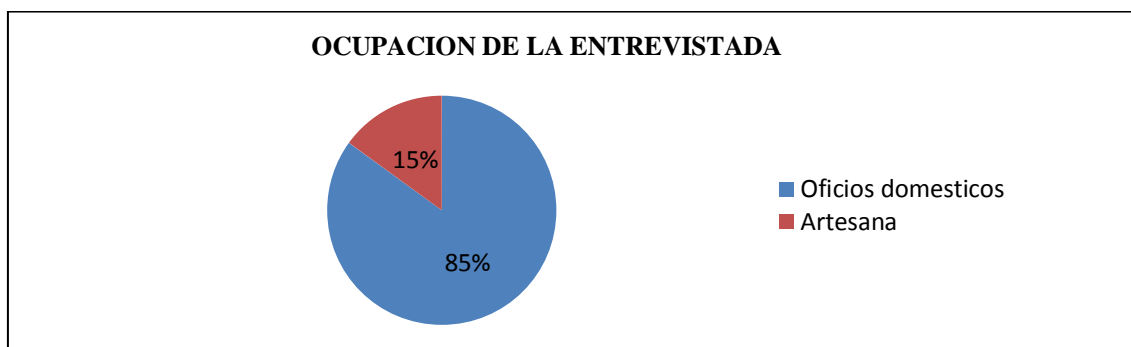
**- OCUPACIÓN DE LA ENTREVISTADA**

Ocupación	Fr	%
Oficios Domésticos	17	85
Artesana	3	15
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

De acuerdo al cuadro N° 12 el 85% de las entrevistadas se dedican a los oficios domésticos y el 15% a actividades artesanales.

Grafico N° 7



Fuente: Tabla de Resultados

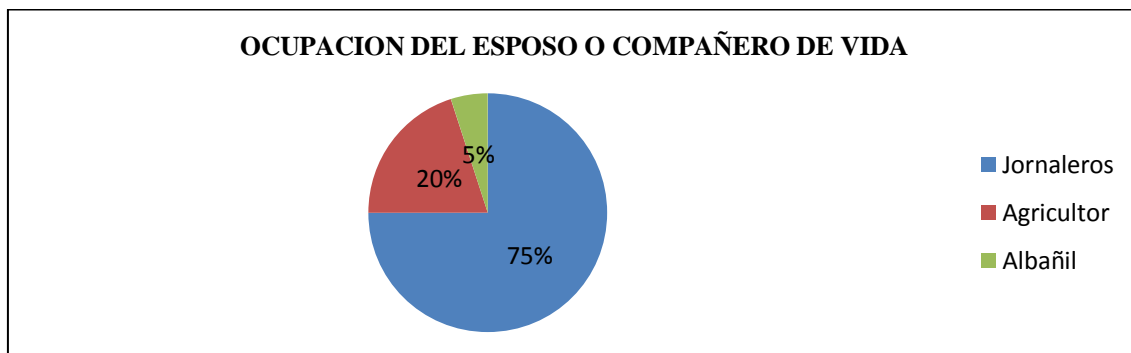
Cuadro N° 13

**- OCUPACIÓN DEL ESPOSO O COMPAÑERO DE VIDA**

Ocupación	Fr	%
Agricultor	4	20
Jornalero	15	75
Albañil	1	5
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

Grafico N° 8



Fuente: Tabla de Resultados

Según cuadro N° 13 el 75% de los compañeros de las entrevistadas son jornaleros, el 20% se dedican a actividades agrícolas propias y el 5% son albañiles.

## ASPECTOS ECONOMICOS

Cuadro N° 14

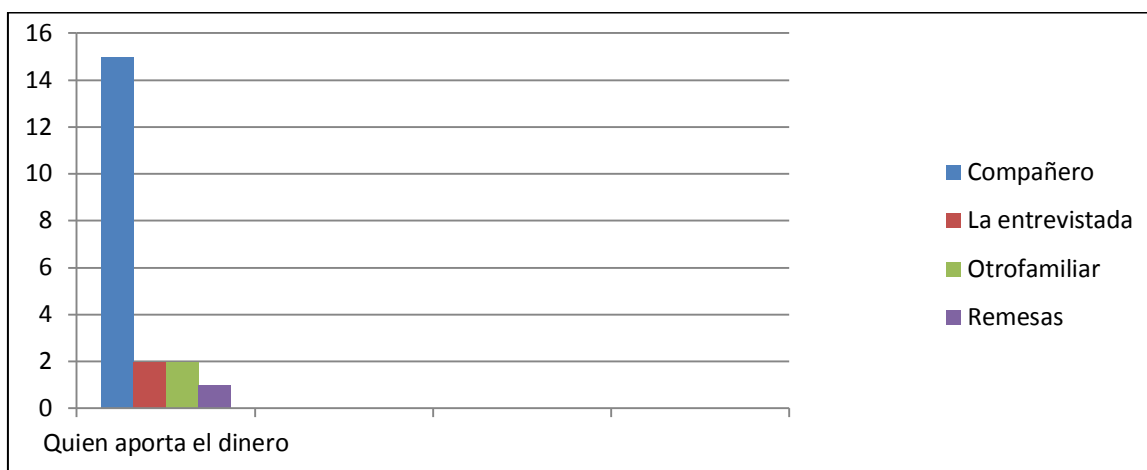
### - APORTE DEL DINERO EN LA FAMILIA

Ingreso económico familiar	Fr	%
Esposo/Compañero	15	75
Entrevistada	2	10
Otro Familiar	2	10
Remesas	1	5
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

Grafico N° 9

### APORTE DEL DINERO EN LA FAMILIA



Fuente: Tabla de Resultados

Según Cuadro N° 14 el 75% del aporte económico es por el esposo o compañero de vida, el 10% lo hace la mujer, otro 10% por otros familiares y solo el 5% reciben remesas familiares.

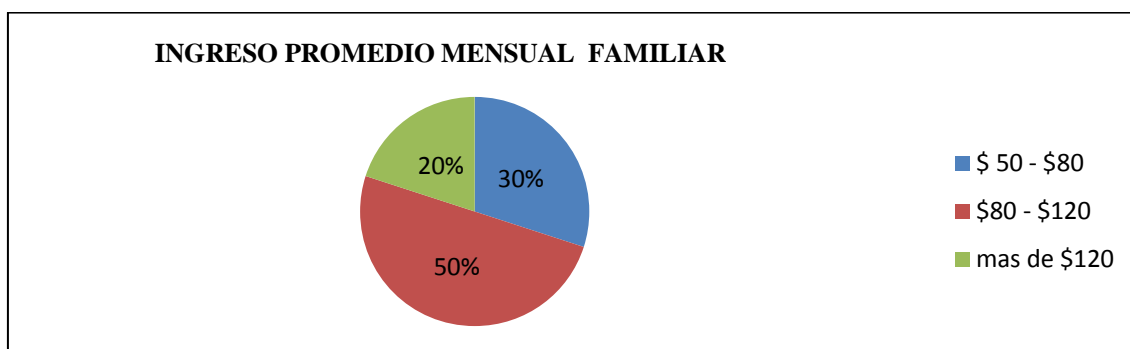
### Cuadro N° 15

#### - INGRESO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR

Ingresos económicos mensuales	Fr	%
\$50 - \$80	6	30
\$80 - \$120	10	50
Más de \$120	4	20
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

### Grafico N° 10



Fuente: Tabla de Resultados

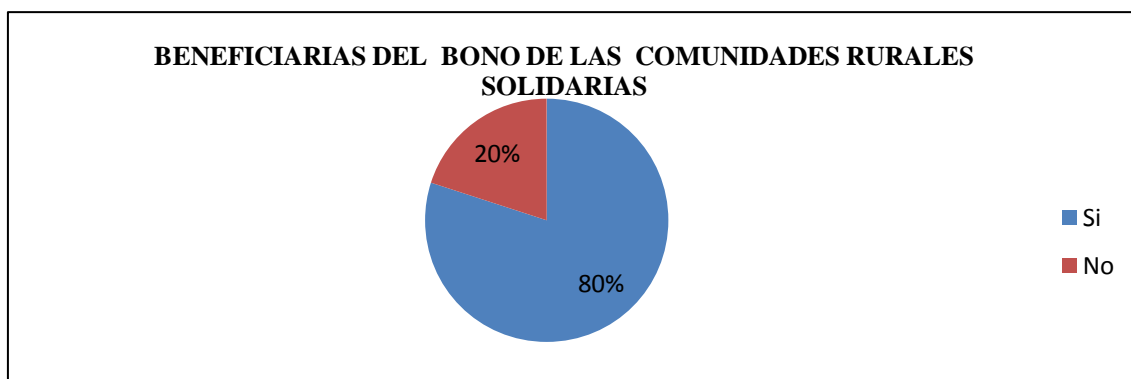
De Acuerdo al Cuadro N° 15 el 50% tiene un ingreso promedio mensual familiar de \$70 a \$100, el 30% de \$40 a \$60 y el 20% más de \$100.

### Cuadro N° 16

#### - BENEFICIARIAS DEL BONO DE LAS COMUNIDADES RURALES SOLIDARIAS

Beneficiaria del Bono Comunidades Rurales Solidarias	Fr	%
Si	16	80
No	4	20
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

**Grafico N° 11**

Fuente: Tabla de Resultados

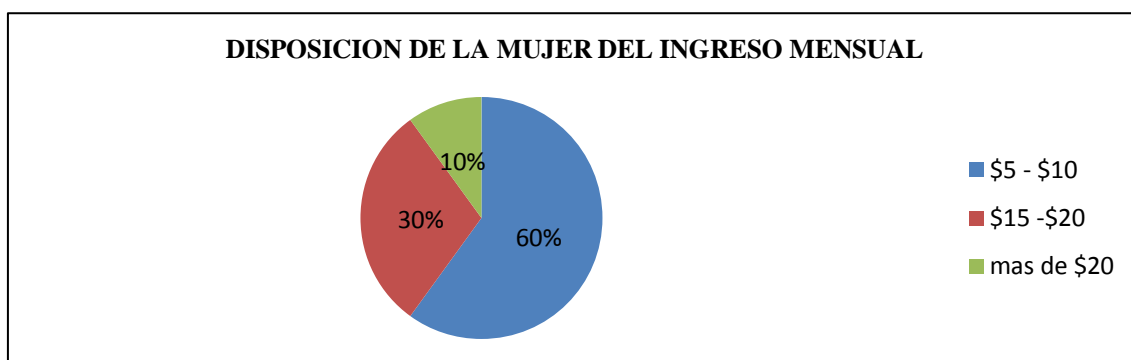
Según Cuadro N° 16 el 80% de las entrevistadas recibe del bono y solo el 20% no tiene este beneficio.

**Cuadro N° 17**

- **DISPOSICIÓN DE LA MUJER DEL INGRESO MENSUAL.**

Disposición de ingresos	Fr	%
\$5 - \$10	12	60
\$15 - \$20	6	30
Más de \$ 20	2	10
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

**Grafico N° 12**

Fuente: Tabla de Resultados

De Acuerdo al Cuadro N° 17 el 60% de las entrevistadas dispone de \$5 a \$10 del ingreso familiar mensual, el 30% dispone de \$15 a \$20 y el 10% más de \$20.

## ASPECTOS GEOGRAFICOS

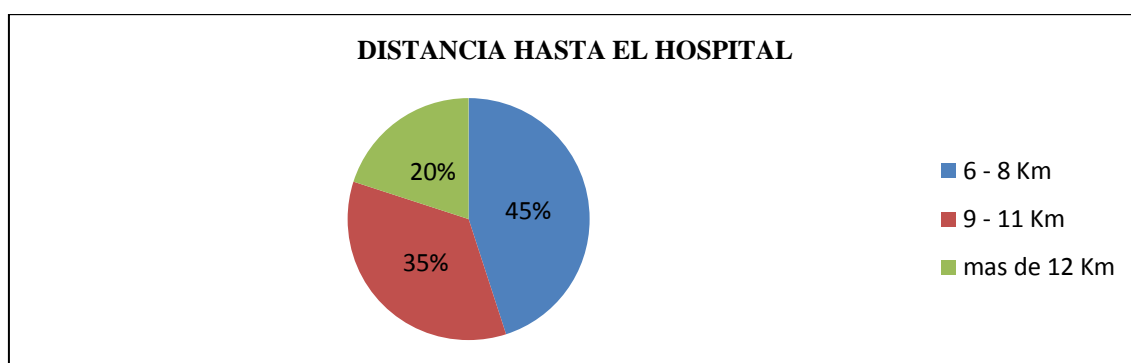
**Cuadro N° 18**

**- DISTANCIA HASTA EL HOSPITAL.**

Distancia	Fr	%
6 a 8 Km	7	35
9 a 11 Km	9	45
+ 12 Km	4	20
Total	20	100

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

**Grafico N° 13**



*Fuente: Tabla de Resultados*

De Acuerdo al Cuadro N° 18 el 45%, de las entrevistadas recorre entre 6 y 8 Km, para llegar al Hospital de San Francisco Gotera, para verificar su parto sea atendido por personal calificado, un 35% recorre de 9 a 11 Km, y solo las pacientes que residen en Caserío Los Hernández del Cantón Joya El Matazano, recorren más de 12 Km para su parto institucional.

**Cuadro N° 19**

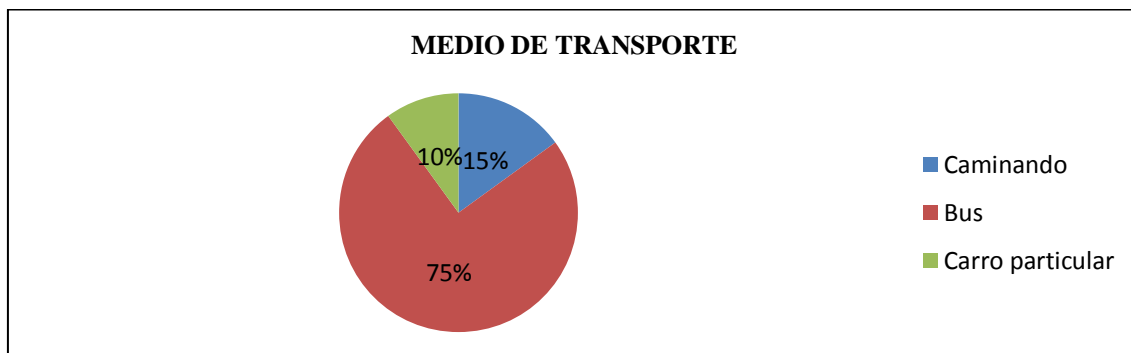
**- MEDIO DE TRANSPORTE.**

Tipo de transporte	Fr	%
Caminando	3	15
Bus	15	75
Carro Particular	2	10
Total	20	100

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

De Acuerdo al Cuadro N° 19 la mayor parte de las mujeres en estudio 75%, utiliza el transporte público para trasladarse a la unidad de salud a consultar, un 15% lo hacen caminando y un 10% en carro particular.

Grafico N° 14



Fuente: Tabla de Resultados

Cuadro N° 20

- **COSTO DEL TRANSPORTE PÚBLICO PRIVADO AL HOSPITAL.**

Costo del transporte	Privado		Publico	
	Fr	%	Fr	%
\$5 a \$10	0	0	20	100
\$15 a \$20	5	25	0	0
\$20 a \$40	10	50	0	0
\$40 a \$60	5	25	0	0
Total	20	100	20	100

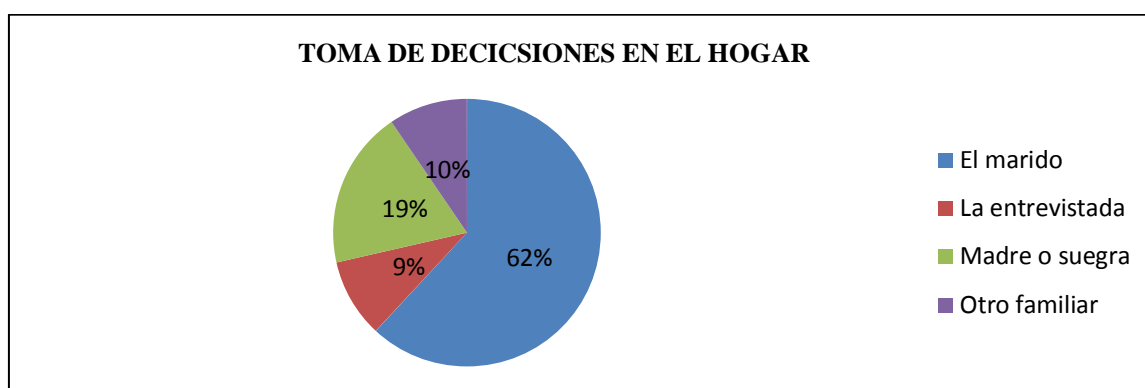
Fuente: Resultados de la Encuesta

De Acuerdo al Cuadro N° 20, el 100% paga entre \$5 a \$10 de transporte público hasta el Hospital; mientras que en lo referente al transporte privado el 50% paga entre \$20 a \$40, el 25% entre \$15 a \$20 y otro 25% entre \$40 a \$60.

**ASPECTOS CULTURALES.****Cuadro N° 21****- TOMA DE DECISIONES EN EL HOGAR**

<b>Toma de Decisiones en el Hogar</b>	<b>Fr</b>
El “marido” o esposo	15
La entrevistada	2
La madre o suegra	2
Otro familiar	1
Totales	20

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

**Grafico N° 15**

*Fuente: Tabla de Resultados*

Según Cuadro N° 21 en relación a la toma de decisiones en la familia 15 de las entrevistadas manifiestan que las decisiones en su casa las toma el “marido”, el 2 refieren que las decisiones son tomadas por la madre o suegra, dos de ellas toman sus propias decisiones y solo una refiere que las decisiones en su casa son tomadas por otro familiar.



## Cuadro N° 22

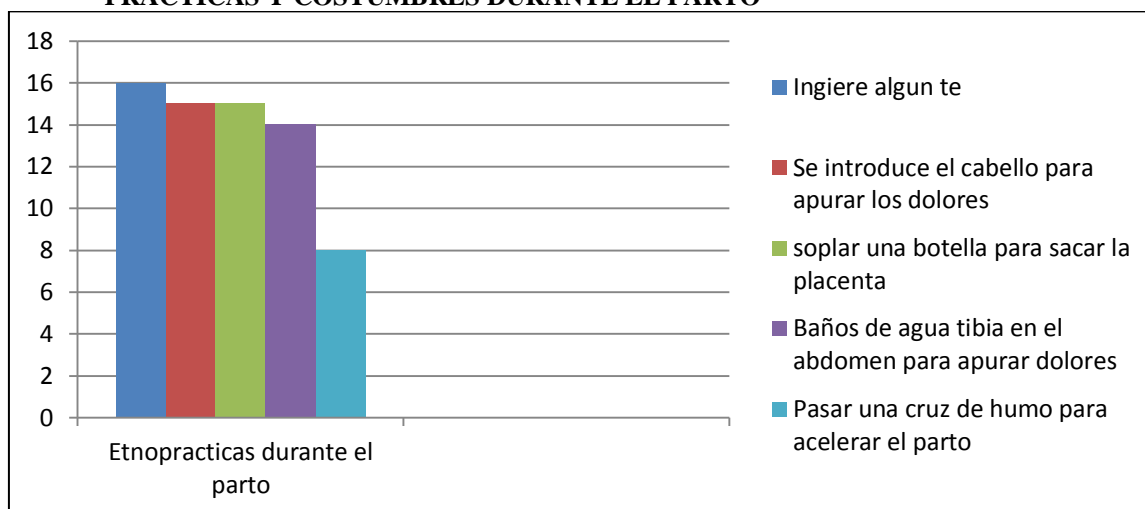
## - COSTUMBRES Y PRÁCTICAS AL MOMENTO DEL PARTO.

Costumbres y Practicas durante el parto	Fr
Tomar té para apurar dolores	16
Hacer baños de agua tibia de la “panza” hacia abajo para aumentar dolores	14
Meterle el pelo en la boca de la parturienta para provocarle el vómito y parir rápido	15
Hacer humo y pasar en cruz sobre la mujer para tener más rápido al niño	8
Poner a la mujer a soplar una botella para sacar la placenta	15

Fuente: Resultados de la Encuesta (Se agruparon respuestas similares, ya que de las 20 mujeres en estudio, muchas coinciden en realizar las mismas costumbres y prácticas durante el parto, por lo que se agrupan por frecuencia y se utilizan gráficos de barra).

## Gráfico N° 16

## - PRÁCTICAS Y COSTUMBRES DURANTE EL PARTO



Fuente: Tabla de Resultados

De Acuerdo al Cuadro N° 22 del total de mujeres entrevistadas, 16 de ellas ingiere algún tipo de té para apurar dolores, 15 se introducen el cabello en la boca para parir rápido y soplan una botella para expulsar la placenta, 14 se hacen baños de agua tibia en el abdomen para aumentar dolores y 8 se pasan una cruz de humo para acelerar el parto.

Cuadro N° 23

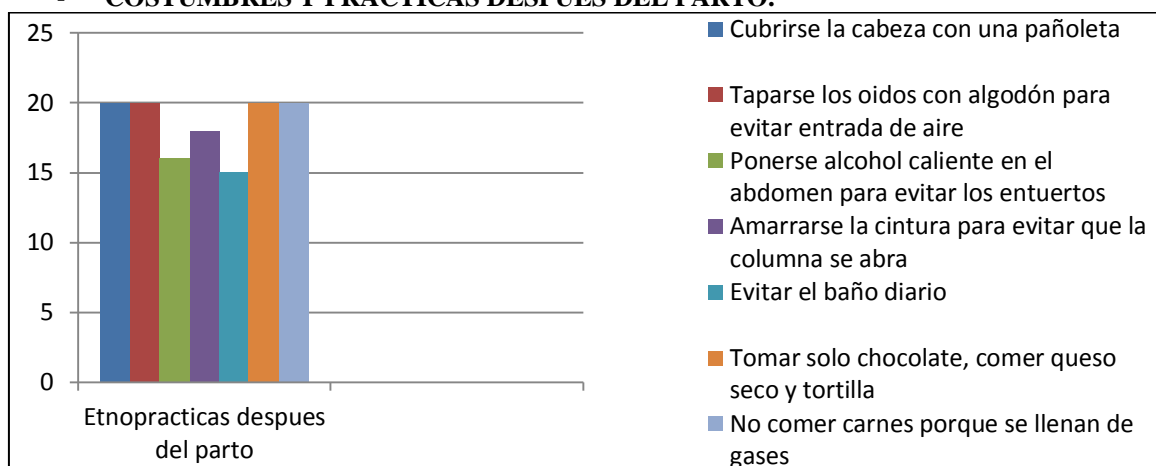
## - COSTUMBRES Y PRACTICAS DESPUÉS DEL PARTO.

Costumbres y Practicas después del parto	Fr
Cubrirse la cabeza con una pañoleta para evitar que entre frio	20
Taparse los oídos con algodón para evitar entrada de aire	20
Ponerse alcohol caliente en el estomago para evitar entuertos	16
Amarrarse la cintura para evitar que la columna quede abierta	18
No bañarse ni lavarse el cabello hasta los siete días	15
Tomar solo chocolate, comer queso seco y tortilla tostada	20
No comer carnes porque se llenan de gases y causan mal olor de la sangre	20

Fuente: Resultados de la Encuesta (Se agruparon respuestas similares, ya que de las 20 mujeres en estudio, muchas coinciden en realizar las mismas costumbres y prácticas después del parto, por lo que se agrupan por frecuencia y se utilizan gráficos de barra).

Gráfico N° 17

## - COSTUMBRES Y PRACTICAS DESPUÉS DEL PARTO.



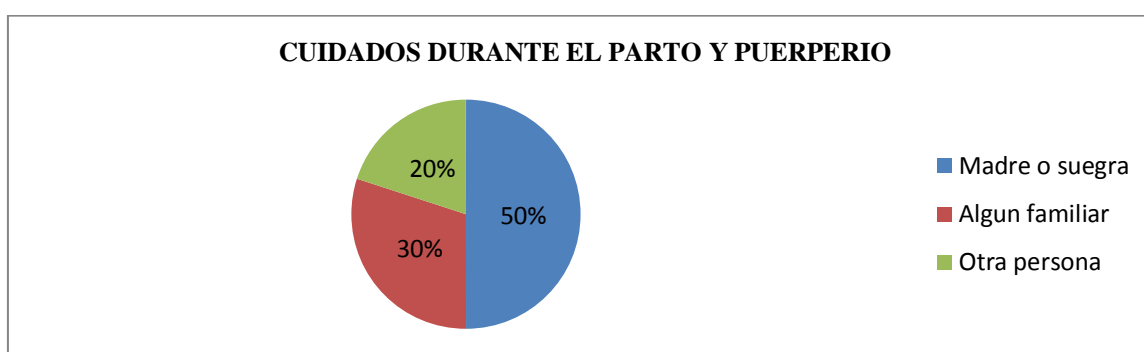
Fuente: Tabla de Resultados

Según Cuadro N° 23 el total de las entrevistadas manifiestan que se cubren la cabeza con una pañoleta o “trapo rojo”, se tapan los oídos con algodón para evitar entrada de aire, se alimentan durante toda la “Dieta” o puerperio con tortilla tostada y queso seco acompañado de chocolate de “Tablilla” el cual se prepara de forma artesanal, antes del parto ya sea por la propia paciente o un familiar cercano, evitan las carnes porque se llenan de gases y causan mal olor de la sangre; 18 de ellas se amarran la cintura con “Faja de manta” para evitar problemas de columna, 16 se aplica alcohol que calientan en el abdomen para evitar los entuertos y 15 de las entrevistadas evitan el baño diario durante los primeros siete días.

**Cuadro N° 24****- CUIDADOS DURANTE PARTO Y PUERPERIO**

<b>Cuidador</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Madre/Suegra	10	50
Familiar	6	30
Otros.	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

**Grafico N° 18**

*Fuente: Tabla de Resultados*

De Acuerdo al Cuadro N° 24 Un 50% de las de las pacientes recibe atenciones por su madre o su suegra, durante el parto y el puerperio, un 30% recibe cuidados de algún familiar y un 20% de otras personas cercanas.

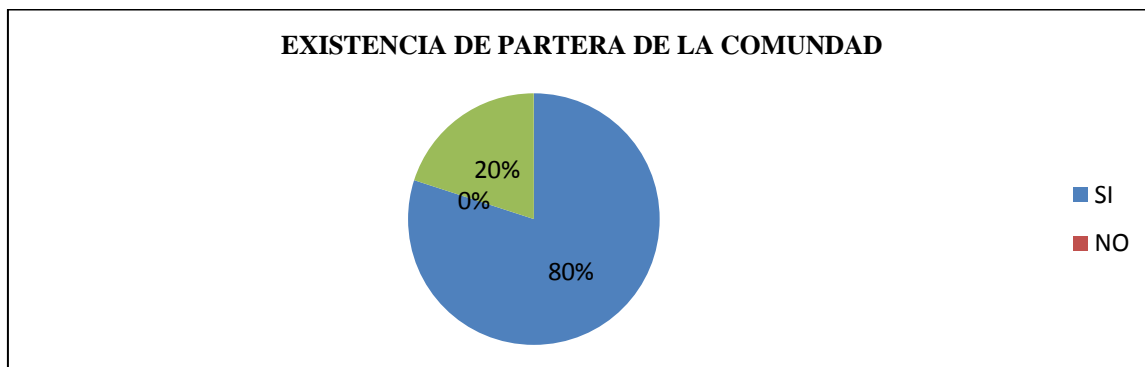
**Cuadro N° 25****- EXISTENCIA DE PARTERA EN LA COMUNIDAD.**

<b>Existe partera en la comunidad</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
SI	16	80
NO	0	0
Es de otro lugar	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente: Resultados de la Encuesta*

De Acuerdo al Cuadro N° 25 en el municipio existen 5 Parteras, de las cuales 3 de ellas son Capacitadas y dos empíricas, aunque residan en una comunidad se trasladan a otra para la atención de partos, en el domicilio de las paciente

Grafico N° 19



Fuente: Tabla de Resultados

Cuadro N° 26

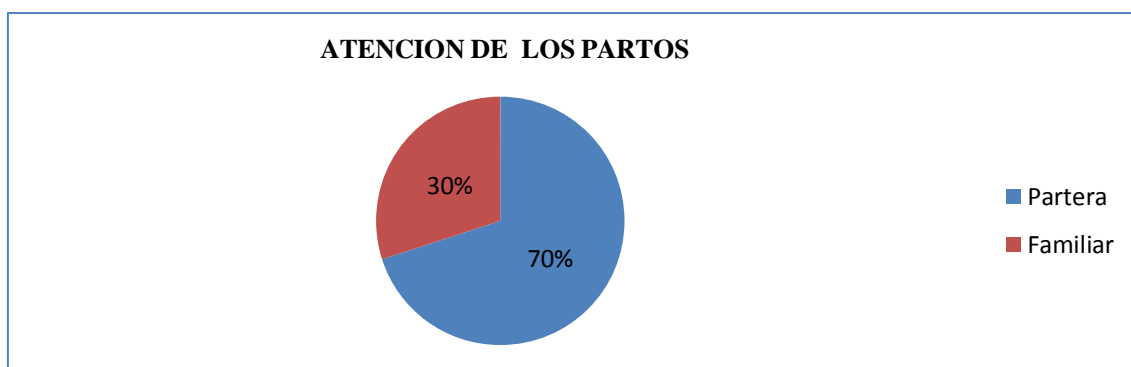
- **ATENCION DE LOS PARTOS**

Atención de parto por partera	Fr	%
Si	14	70
No	6	30
Total	20	100

Fuente: Resultados de la Encuesta

De Acuerdo al Cuadro N° 26 El 70% de las mujeres han buscado la atención del parto por partera comunitaria en su domicilio, y el 30% de mujeres han sido atendidas por un familiar cercano, ya sea la madre, la suegra o el esposo.

Grafico N° 20



Fuente: Tabla de Resultados

Cuadro N° 27

## - PREFERENCIA DE LOS SERVICIOS DE LA PARTERA

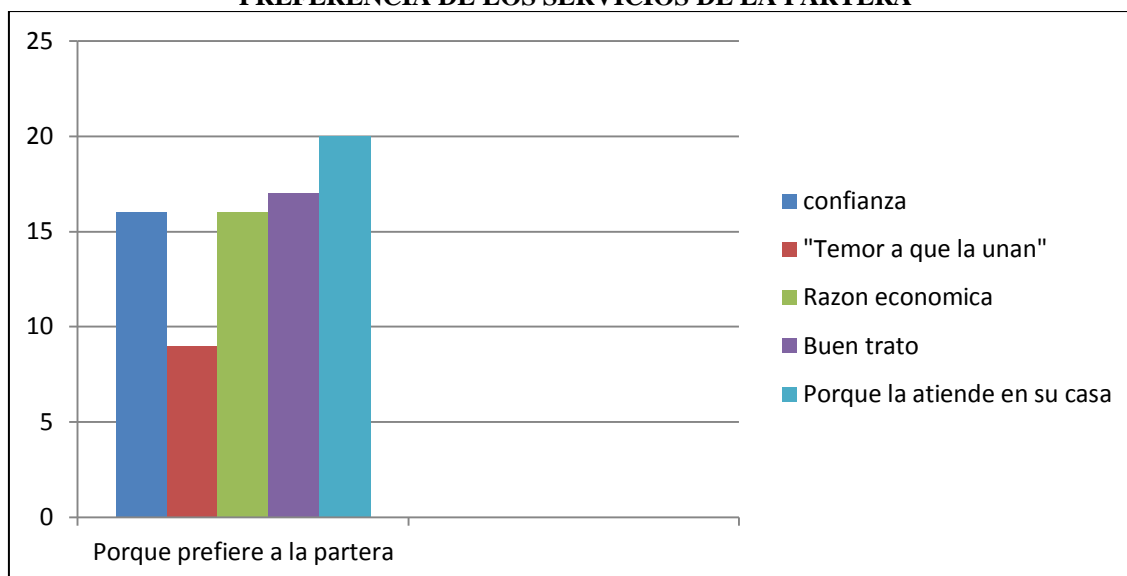
Respuesta	Fr
Por la Confianza en la Partera	16
Por Temor a “ Que la unan”.	9
Por Razones Económicas	16
Por el buen trato	17
Porque son atendidas en su vivienda	20

*Fuente: Resultados de la Encuesta (Se agruparon respuestas similares, ya que de las 20 mujeres en estudio, muchas coinciden en la preferencia de los servicios de la partera, por lo que se agrupan por frecuencia y se utilizan gráficos de barra).*

De Acuerdo al Cuadro N° 27 el total de las entrevistadas prefieren la atención del parto por las parteras y porque son atendidas en su vivienda, 17 manifiestan que prefieren su atención por el buen trato que de ellas reciben, 16 por la confianza ya que las tratan con empatía y se identifican con ellas, 16 de ellas las prefieren por razones económicas, 9 refieren que buscan la partera porque ella “No la une”

Gráfico N° 21

## PREFERENCIA DE LOS SERVICIOS DE LA PARTERA



*Fuente: Tabla de Resultados*

Cuadro N° 28

## - PORQUE NO ASISTIÓ AL HOSPITAL

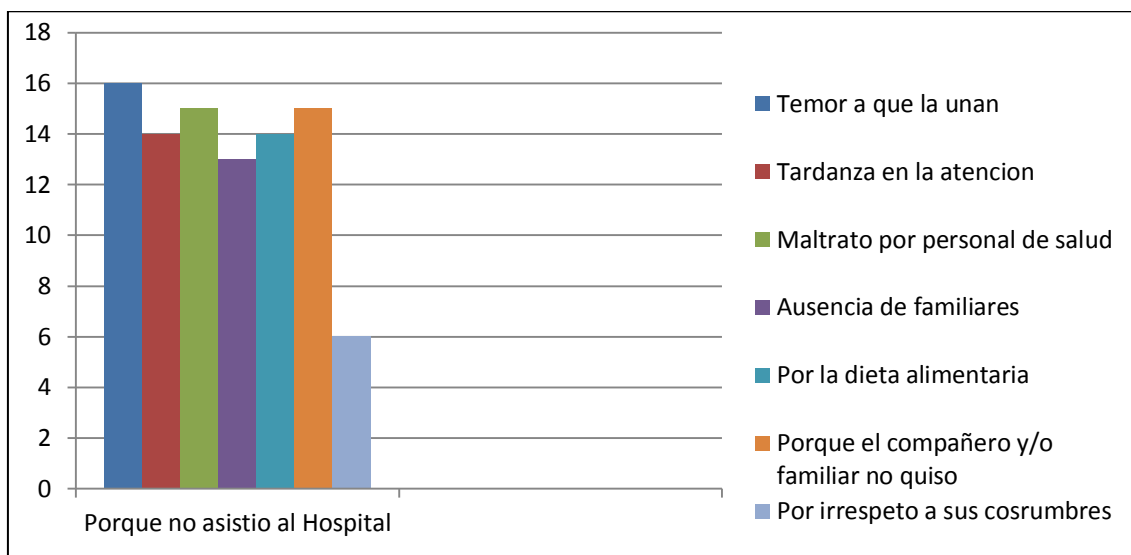
RESPUESTA	Fr
Por temor a “Que las unan”	16
Tardanza en la atención	14
Maltrato por personal de salud	15
Ausencia de familiares durante el parto	13
Por la dieta alimentaria	14
Por irrespeto a sus costumbres	6
Porque el compañero y/o familiar no quiso	15

*Fuente: Resultados de la Encuesta (Se agruparon respuestas similares, ya que de las 20 mujeres en estudio, muchas coinciden en los mismo motivos por los cuales no asistieron al hospital, por lo que se agrupan por frecuencia y se utilizan gráficos de barra).*

Segun Cuadro N° 28 del total de entrevistadas 16 refieren que no asisten al hospital por temor a “Que las unan”, 15 de ellas por maltrato por personal de salud e igual número porque el compañero o familiar no quiso, 14 no consultan al hospital por la tardanza en la atención y por la “Dieta alimentaria” o tipo de alimentos que les ofrecen, 13 no lo hacen por ausencia de familiares durante el parto y 6 por irrespeto a sus prácticas y costumbres.

Gráfico N° 22

## PORQUE NO ASISTIO AL HOSPITAL



*Fuente: Tabla de Resultados*

#### XIV-DISCUSSION DE RESULTADOS.

**Objetivo Específico I:** *Determinar las condiciones socioeconómicas que puedan predisponer a las mujeres a optar por el parto fuera de los hospitales.*

*Los Factores Sociales que se incluyeron son: **Edad, Estado Familiar, Religión, Número de Hijos, Escolaridad, Ocupación.***

**Edad:** La que predominó fueron las mujeres comprendidas entre las edades de 20 a 30 años, que junto con las de 15 a 19 años corresponde a un 80%, de la población en estudio.

**Estado Familiar:** La mayoría posee un estado civil estable, ya sean casadas o “Acompañadas”.

**Religión:** Las Iglesias evangélicas o protestantes son las que predominan en el área rural de Chilanga, solo en el área urbana existe una Iglesia Católica.

**Número de Hijos:** En su mayoría son multíparas con promedio de 4 o más hijos, seguidas del grupo que posee de 2 a 3 hijos y una pequeña parte son primigestas.

**Escolaridad:** La mayor parte de las entrevistadas y sus compañeros han cursado una educación básica incompleta, es decir de primero a tercer grado, ya que en todos los centros escolares de la zona rural, la oferta educativa es de primero a sexto grado y solo el centro escolar de la zona urbana, cuenta con educación básica completa, es decir de primero a noveno grado; además el municipio no cuenta con un centro de educación media “Bachillerato”, por lo que los estudiantes deben viajar a la cabecera departamental de San Francisco Gotera o al municipio de Oscalea para cursar educación media; razón por la cual la mayoría de la población cuentan con un nivel académico bajo, además muchos adolescentes a temprana edad se dedican a “Trabajar la tierra” para ayudar a sus padres abandonando sus estudios y las mujeres se ocupan de los quehaceres domésticos, convirtiéndose en amas de casa a tiempo completo.

---

**Ocupación:** En la mayoría de los hogares de las mujeres en estudio el compromiso laboral lo adquiere el hombre como jefe de familia quien se encarga de sacar adelante a la misma, realizando trabajos relacionados a la agricultura ya sea cultivando sus propias tierras o vendiendo su fuerza de trabajo como Jornaleros, y además algunas mujeres se dedican a la elaboración de productos artesanales, utilizando como materia prima el Tule, para elaborar petates, escobas, canastos y sombreros.

**Aspectos Económicos en este apartado incluimos: Ingreso promedio mensual de las familias y cantidad monetaria de que dispone la entrevistada.**

**Ingreso promedio mensual de las familias:** Debido a que la ocupación de los hombres jefes de hogar es de Jornaleros obtienen por jornada laboral entre \$4 y \$6 dólares diarios lo que se traduce en un ingreso mensual de \$ 80 a \$120 dólares, por lo que los ingresos económicos obtenidos para satisfacer las necesidades de la familia son bajos, y la mayoría de sus ingresos son destinados a la alimentación y vestimenta de los hijos.

Chilanga, es uno de los municipios del Departamento de Morazán, catalogado en el Mapa de Pobreza como “*Municipio con pobreza Extrema Alta*”, por lo que a partir del año 2007, cuenta con el Programa de Comunidades Rurales Solidarias, para ayudar a las familias con bonos monetarios, con la responsabilidad de los padres de los beneficiarios de gozar con los servicios de Salud y Educación por lo que se espera mejorar las condiciones de salud y por ende la calidad de vida en los habitantes, así como elevar el nivel de escolaridad en los mismos. Mediante la entrevista se identificaron que la mayoría de las familias cuentan con este beneficio económico que reciben cada dos meses una cantidad de \$40 dólares por cada niño que cumpla los requisitos de salud y educación. También se pudo determinar que algunas familias reciben ingresos por medio de las remesas familiares y muy pocos obtienen ayuda de otros familiares.

**Cantidad monetaria de que dispone la entrevistada:** Las mujeres entrevistadas manifiestan que disponen de una mínima cantidad (entre \$5 a \$10 dólares) para sus gastos personales y no logran satisfacer las necesidades que tiene como mujer.

---



**Objetivo Específico II:** Conocer los aspectos geográficos y culturales que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto Extrahospitalario.

**Aspectos Geográficos:** La conectividad vial interna del municipio es por medio de calles secundarias no pavimentadas y solo conectan a los cantones, quedando el acceso a los diferentes caseríos por medio de caminos vecinales o veredas transitables únicamente a pie o a caballo por el difícil acceso; existe una ruta de buses que viaja a los cantones, realizando únicamente dos viajes a día, con un costo de pasaje entre \$0.50 ctvs. a \$1.8 hasta Chilanga y el costo se incrementa al consultar hasta el Hospital de San Francisco Gotera que es el centro de referencia del departamento y el costo del pasaje hasta San Miguel se incrementa más en \$1.25 dólares (todo lo anterior incluye el pasaje de ida de una persona, considerando el doble al regresar hasta el cantón y luego recorren distancias entre 3 a 5 Km para llegar a su vivienda). Si optan por transporte privado el costo oscila entre \$15 hasta \$60 dólares.

**Aspectos Culturales:**

**Quién toma las decisiones en su casa?** En el municipio de Chilanga, tanto en la zona urbana como en la rural, predomina la cultura “Machista” en los hombres jefes de hogar, donde éste es quien toma las decisiones relacionadas a la mujer como su esposa o compañera de vida, ocupando la mujer una posición de “Sometimiento”, ante las decisiones de su compañero de vida, ya que ellos son quienes deciden en los aspectos relacionados a su salud, e indican si se ponen o no en control materno, si les va atender el parto la partera de la comunidad, si las van a atender ellos mismos o si ellas van a ir al hospital para la atención del parto.

Además es el hombre quien decide si se realiza o no la toma de citología, ya que muchos refieren que “La parte de su mujer”, solo ellos la pueden ver” y más aún cuando los profesionales de la salud que dan la atención son hombres. (Las mujeres reciben educación y consejería de la atención calificada del parto y la importancia del parto institucional, durante los controles maternos, pero a pesar del conocimiento que

ellas tengan en relación a la atención del parto, el que tiene la “última palabra” y decide donde va a “*parir*”, es el hombre.

El cuidado de la mujer durante el embarazo parto o puerperio las consideran como “*Cosas de mujeres*”, por lo que no acompañan a sus esposas a los controles maternos y si son trasladadas a un hospital, generalmente no van con ellas porque no tienen tiempo por su “*Trabajo*” y otra porque “*No las dejan estar con ellas al momento del parto*”, encomendando a otra mujer esta responsabilidad, ya sea su madre, suegra, hermana u otro familiar. En el puerperio ellos no se quedan en casa a cuidar a su mujer y demandan atenciones domésticas y sexuales, a tempranos días del puerperio.

Las decisiones relacionadas a la crianza, salud y educación de los hijos, también son tomadas por los hombres, es decir, ellos deciden si las mujeres llevan sus hijos a los controles Infantiles, si los envían o no a la escuela o se los llevan a “*Trabajar la tierra junto a ellos*”.

Todas las mujeres entrevistadas realizan algún tipo de Etnoprácticas durante su parto ya sea que ingiere algún tipo de té para apurar dolores, se introducen el cabello en la boca para parir rápido, soplan una botella para expulsar la placenta, se hacen baños de agua tibia en el abdomen para aumentar dolores o se pasan una cruz de humo para acelerar el parto.

Así mismo realizan etnoprácticas en el puerperio como cubrirse la cabeza con una pañoleta o “*trapo rojo*”, se tapan los oídos con algodón para evitar entrada de aire, se alimentan durante toda la “*Dieta*” o puerperio con tortilla tostada y queso seco acompañado de chocolate de “*Tablilla*” el cual se prepara de forma artesanal, antes del parto ya sea por la propia paciente o un familiar cercano, evitan las carnes porque se llenan de gases y causan mal olor de la sangre; se amarran la cintura con “*Faja de manta*” para evitar problemas de columna, se aplica alcohol que calientan en el abdomen para evitar los entuertos y evitan el baño diario durante los primeros siete días.

---

La mitad de las pacientes recibe atenciones por su madre o su suegra, durante el parto y el puerperio, otras son cuidadas por algún familiar u otra persona cercana.

En el municipio existen cinco Parteras, de las cuales tres están capacitadas y dos son empíricas, aunque residan en una comunidad se trasladan a otra para la atención de partos, en el domicilio de las pacientes; por lo que la mayoría de las mujeres han buscado la atención del parto por partera comunitaria en su domicilio, y un menor número de mujeres han sido atendidas por un familiar cercano, ya sea la madre, la suegra o el esposo.

El total de las entrevistadas prefieren la atención del parto por las parteras porque manifiestan que son atendidas en su vivienda, por el buen trato que de ellas reciben, por la confianza ya que las tratan con empatía y se identifican con ellas, además por razones económicas y otras refieren que buscan la partera porque ella “No la une”

***Objetivo Específico III: Identificar las causas más frecuentes que dificultan la atención del parto hospitalario.***

La mayoría de las entrevistadas refieren que no asisten al hospital por:

- Temor a “Que las unan” ( ya que piensan que la episiotomía es una herida media que une la vagina con el ano haciendo un solo orificio).
- Por maltrato del personal de salud (los cuales “se rien cuando ellas lloran porque tienen dolores” “les gritan cuando ellas no pueden hacer fuerzas para sacar al niño”).
- Porque el compañero o familiar no quiso ( el marido “no quiere que otro hombre la conozca”, la suegra o madre dice “que ella todos los tuvo en la casa y nunca necesito del hospital”).
- Por la tardanza en la atención (expresan que “cuesta que las atiendan”).

- Por el tipo de alimentación que les sirven (porque les dan carnes, huevos, frijoles, leche y estos son malos en la dieta”).
- Por ausencia de familiares durante el parto y por irrespeto a sus prácticas y costumbres a las cuales están enseñadas por tradición a realizar.

## XV-CONCLUSIONES.

Al realizar un análisis de los resultados obtenidos en la investigación podemos concluir: Que los factores que influyen en la atención del parto Extrahospitalario en las mujeres del municipio de chilanga en el departamento de Morazán son:

Los factores Culturales, Geográficos, y Económicos.

**Aspectos Culturales** Los habitantes del municipio por ser un pueblo de origen lenca conserva sus costumbres y/o tradiciones de forma arraigadas y las creencias y prácticas en relación al parto y puerperio que han estado presente desde tiempos remotos, transmitiéndose de generación en generación, siendo parte de la tradición y han nacido como una respuesta a las necesidades de la población, sirviendo como una alternativa para aquellas personas que así lo dispongan.

Entre los factores que han influido en las mujeres para que prefieran el parto extrahospitalario están el temor a la episiotomía o cesárea, maltrato por personal de salud, por irrespeto a sus costumbres, la tardanza en la atención, la dieta alimentaria, y ausencia de familiares durante el parto.

**Geográficos**, La conectividad vial interna de los diferentes cantones a los servicios de salud es por calles secundarias (de tierra), y a los caseríos por medios de caminos vecinales que son transitados únicamente caminando, ha permitido que la atención del parto en casa se mantenga como una opción ante las necesidades que presentan las mujeres de la zona rural, ya que prefieren los servicios de la partera de la localidad o de algún familiar, porque son atendidas en sus propios hogares y no tiene que trasladarse o recorrer largas distancias a pie para llegar al hospital a verificar su parto.

**Económicos**, La accesibilidad a los servicios de salud muchas veces es determinada por los ingresos familiares mensuales, que son bajos en la gran mayoría de los habitantes de la zona rural del municipio, además el costo del transporte público y privado no está al alcance de las familias, lo cual dificulta la atención institucional del parto.

---

## **XVI-RECOMENDACIONES**

### **NIVEL LOCAL: UNIDAD DE SALUD CHILANGA.**

- Asegurar el acceso a información, servicios y métodos modernos de planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados y gestaciones potencialmente peligrosas
- Impulsar la participación de la comunidad, generando mecanismos que garanticen el control social autónomo y el acceso a información sobre opciones y derechos a los individuos y sus familias.
- Involucrar a la comunidad en la definición de estrategias participativas para dar solución a problemas relativos al acercamiento entre los servicios de salud y los domicilios o el traslado de embarazadas y recién nacidos con complicaciones.
- La elaboración de planes de preparación del parto y de contingencia, individuales y colectivos; la disposición de medios de transporte y comunicación aportados por los servicios y por la comunidad; la creación de fondos de emergencia comunitarios; o la creación de hogares maternos así como promover alianzas estratégicas entre los servicios de salud, la comunidad y otras organizaciones.

### **A NIVEL HOSPITALARIO.**

- Vigilar por el cumplimiento de Políticas, leyes y reglamentos de respaldo que den prioridad a la maternidad segura y que los profesionales de la salud brinden atenciones culturalmente apropiada de alta calidad, calidez y eficiencia, asegurando un trato digno a las pacientes y sus familiares así como el seguimiento necesario y los enlaces con otros servicios, incluidos los de atención prenatal de alto riesgo, servicios de planificación familiar y atención post aborto.
-

- Garantizar el acceso a cuidados obstétricos esenciales, porque permiten proporcionar las intervenciones necesarias para salvar vidas cuando se producen complicaciones. Además de la atención calificada de todos los partos, porque la evidencia muestra que la mayoría de las complicaciones y muertes maternas ocurren durante el parto, o inmediatamente después.
- Que se implemente la Política de acompañamiento de familiares de las pacientes embarazadas, durante la atención del parto Hospitalario.

#### **A NIVEL SIBASI.**

- Supervisar y Monitorear la actualización de datos en los sistemas de información en línea SEPS (Sistema estadístico de provisión de servicios), SIMMOW (Sistema de morbi mortalidad en línea), VIGEPES (Sistema de vigilancia epidemiológica).
- Monitorear la implementación de la estrategia del plan de parto en el primer nivel de atención.

#### **A NIVEL REGIONAL.**

- Gestionar el equipamiento hospitalario en maternidad y sala de parto para que el hospital de San Francisco Gotera tenga una mayor capacidad resolutive para la atención de todas las embarazadas que asistan y demanden los servicios hospitalarios para la atención del parto.
  - Que se realicen supervisiones dirigidas a evaluar la atención y satisfacción de las usuarias embarazadas a nivel hospitalario para mejorar la calidad y calidez de los prestadores de servicios.
- 
-

## GLOSARIO

- **FACTOR.**

En La terminología científica, se llama factor a todo elemento, causa o concausa que, unidos a otras, participa en el desarrollo o la constitución de un fenómeno o contribuye a causar un efecto.

- **CULTURA**

La cultura se concibe como estilo de ser, de hacer y de pensar y como un conjunto de obras institucionales. La cultura comprende el conjunto de rasgos que caracterizan los modos de vida, y se manifiesta a través de una serie de objetos y modos de actuar y de pensar que son creados y transmitidos por los hombres y mujeres como resultado de sus interacciones recíprocas y de sus relaciones con la naturaleza a través del trabajo.

- **CONTROL PRENATAL**

El control prenatal es la visita periódica y sistemática de la embarazada al servicio de salud para:

- Vigilar la Evolución del proceso de gestación
- Prevenir factores de riesgo
- Detectar y tratar oportuna y adecuadamente las complicaciones que podrían presentarse durante la etapa del embarazo
- Referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda
- Entregar contenidos educativos que sirvan de orientación
- Lograr un parto en las mejores condiciones de salud de la madre y su hijo.

- **PARTO**

El parto, también llamado nacimiento o dar a luz, es la culminación del embarazo, la salida de un niño del útero materno.

---

---



El parto puede ser de bajo riesgo y espontáneo:

**De bajo riesgo** cuando el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación, y donde no se han detectado factores intercurrentes que puedan alterar su acontecimiento normal o fisiológico.

**Espontáneo** cuando en su iniciación no han intervenido agentes externos.

**Provocado o inducido** cuando en su iniciación han intervenido agentes externos.

- **PARTO INSTITUCIONAL**

Se denomina parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud o fuera de este (en domicilio), por personal de salud. No incluye el parto domiciliario atendido por partera, aunque esta haya sido capacitada por el personal de salud.

- **PARTO DOMICILIARIO**

El parto domiciliario es aquel parto atendido por una partera o persona capacitada o no ajena al servicio de salud.

- **COMPLICACIONES DEL PARTO**

Las complicaciones del parto son dificultades que entorpecen el normal desarrollo del proceso de parto que ocurren generalmente durante el alumbramiento y requieren la intervención del obstetra, estos pueden ser:

La **No Progresión del Parto** o contracciones prolongadas sin dilatación cervical se trata generalmente con prostaglandinas en gel tópico cervical o con oxitocina sintética intravenosa. Cuando estas medidas son ineficaces, es necesario practicar una cesárea.

El **Sufrimiento Fetal** es la aparición de signos que indican el deterioro del feto como son la disminución del ritmo cardiaco fetal y la falta de coordinación con las contracciones uterinas. Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal. La aparición de meconio también es otro signo de sufrimiento feta

---

La **no progresión de la expulsión** fetal una vez asomada la cabeza del feto por falta de contracciones uterinas, requiere la intervención obstétrica como la cesárea.

La **Fiebre Puerperal** ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto.

- **OPERACIÓN CESÁREA**

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, con un embarazo mayor de 37 semanas.

El riesgo asociado a la cesárea en comparación con el parto vaginal es 4 veces mayor para la madre y 5 veces para el neonato.

La cesárea puede ser:

**Efectiva:** Cirugía programada por antecedentes de la paciente relatados en su Historia Clínica.

**De emergencia:** Por complicaciones maternas o fetales durante el trabajo de parto.

**Previa:** En paciente con antecedentes de una cesárea anterior.

- **MATERNIDAD SEGURA**

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, y la organización Safe Motherhood la define como la capacidad de una mujer para tener un embarazo y parto seguro y saludable.

- **CONTROL PUERPERAL O POST PARTO.**

Conjunto de actividades que se proporcionan a la madre para controlar el proceso fisiológico después del parto, que permitan acciones de prevención y tratamiento oportuno.

---

- **PERSONAL CALIFICADO**

El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo, médicos, profesionales materno-infantiles o enfermeras) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto.

- **MORTALIDAD MATERNA**

De acuerdo con la definición de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades una muerte materna es *"La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y/o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales"*.

Las causas de la mortalidad materna en los últimos años han tendido a descender. Esto se relaciona con un mejoramiento general de los recursos puestos al servicio de la salud materna. Las causas más frecuentes de mortalidad materna son: hemorragia, shock, infección, toxemia y aborto

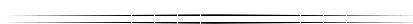
- **ATENCIÓN CALIFICADA**

La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital.

Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e

infraestructura además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, y de referencia y transporte.

Según la Organización Mundial de la Salud: Un establecimiento de salud que ofrece mala atención no sólo es peligroso, sino que además hace más difícil que se incremente el acceso a y el uso de atención calificada, puesto que las malas experiencias fundamentan expectativas negativas. Es de suma importancia que los servicios de salud tomen en cuenta las costumbres y creencias de las poblaciones locales, para que la comunidad perciba el servicio positivamente y acuda a buscar atención.



## **XVII-BIBLIOGRAFIA**

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención.

San Salvador, El Salvador, 2009

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal.

San Salvador, El Salvador, 2009

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2005-2010

San Salvador, El Salvador, 2005

### ***FUENTES ELECTRÓNICAS:***

Ministerio de Salud de El Salvador, pagina web del sitio oficial [www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)

(consultada 16-4-11)

Nuevo dominio y pagina web del MINSAL, <http://siis.salud.gob.sv> (consultada 16-4-11)

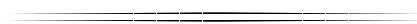
Wikipedia, la enciclopedia libre, pagina web, <http://es.wikipedia.org> (consultada 16-4-11)

Sistema de Morbi-mortalidad del MINSAL, pagina web, <http://simmow.salud.gob.sv> (consultada 26-4-11)

Producción de servicios del MINSAL, pagina web, <http://seps.salud.gob.sv> (consultada 28-4-11)

---

# ANEXOS



**ANEXO N° 2:****GUIA DE ENTREVISTA.**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
 FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
 ESCUELA DE POST-GRADOS  
 MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

OBJETIVO: Recolectar información en Mujeres que han verificado Parto Extrahospitalario, en el Municipio de Chilanga, Departamento de Morazán.

Numero correlativo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES.

- 1- Edad: \_\_\_\_\_ 2- Estado Familiar: \_\_\_\_\_  
 3- Religión: \_\_\_\_\_ 4- Número de Hijos \_\_\_\_\_  
 5- Escolaridad de la entrevistada: \_\_\_\_\_  
 6- Escolaridad del compañero: \_\_\_\_\_  
 7- Ocupación de la Entrevistada: \_\_\_\_\_  
 8- Ocupación del Esposo: \_\_\_\_\_

ASPECTOS ECONOMICOS.

- 9 - Quién aporta el dinero en su familia? \_\_\_\_\_  
 10- Promedio mensual de ingresos en la familia \_\_\_\_\_  
 11- Recibe remesas familiares? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Cuánto? \_\_\_\_\_  
 12- Es beneficiaria del Bono de las Comunidades Rurales Solidarias? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
 Cuánto dinero recibe? \_\_\_\_\_  
 13- Cuanto dinero dispone para sus gastos, del ingreso familiar mensual? \_\_\_\_\_

ASPECTOS GEOGRAFICOS.

- 14-Cuál es la distancia de su casa al hospital?  
 6 a 8 Km \_\_\_\_\_ 9 a 11 Km \_\_\_\_\_ +12Km \_\_\_\_\_  
 15- En qué se traslada cuando consulta a la Unidad de Salud?  
 Caminando \_\_\_\_\_ Bus \_\_\_\_\_ Carro particular \_\_\_\_\_ Carro propio \_\_\_\_\_  
 16- Cuál es el costo del transporte público hasta el Hospital? \_\_\_\_\_  
 17- Cuál es el costo del transporte privado hasta el Hospital? \_\_\_\_\_

ASPECTOS CULTURALES.

- 18- Quien toma las decisiones en su casa? \_\_\_\_\_  
 19- Que costumbres o practicas realiza al momento del parto: \_\_\_\_\_  
 20- Que costumbres o practicas realiza después del parto: \_\_\_\_\_  
 21- Quién cuida de usted y de sus hijos durante el Parto y Puerperio? \_\_\_\_\_

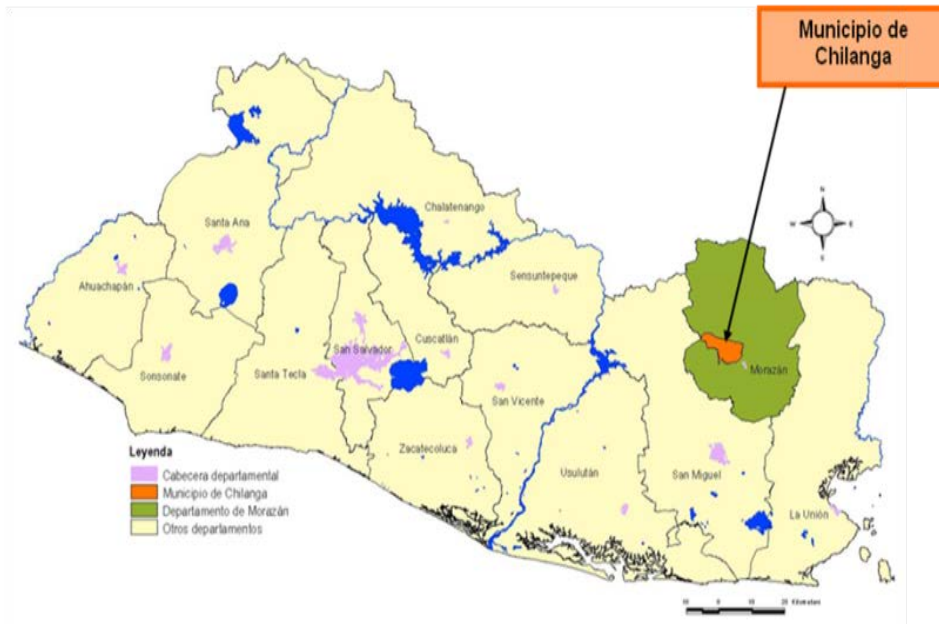
- 22-Existe partera en su comunidad? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 23-Le ha atendido algún parto la partera? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cuántos \_\_\_\_\_
- 24-Porqué prefiere los servicios de la Partera? \_\_\_\_\_
- 25-Porque no asistió al hospital: \_\_\_\_\_



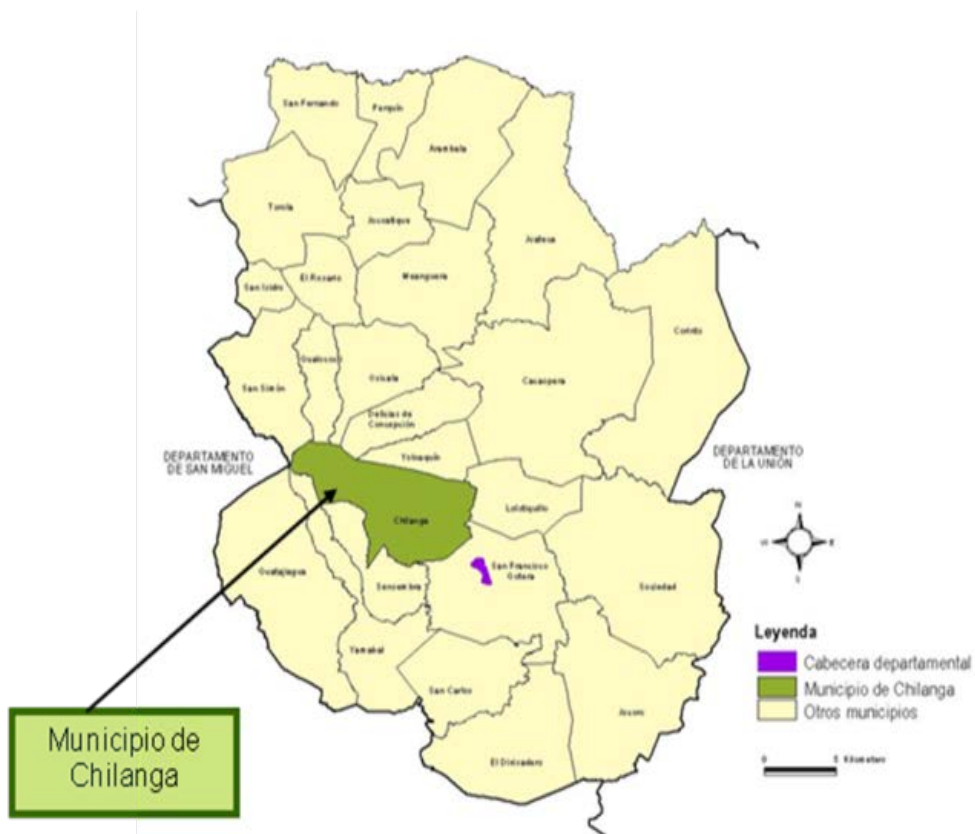
**ANEXO 3**

**MAPAS DE AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA**

**El Municipio de Chilanga en El Salvador y en el Departamento de Morazán.**



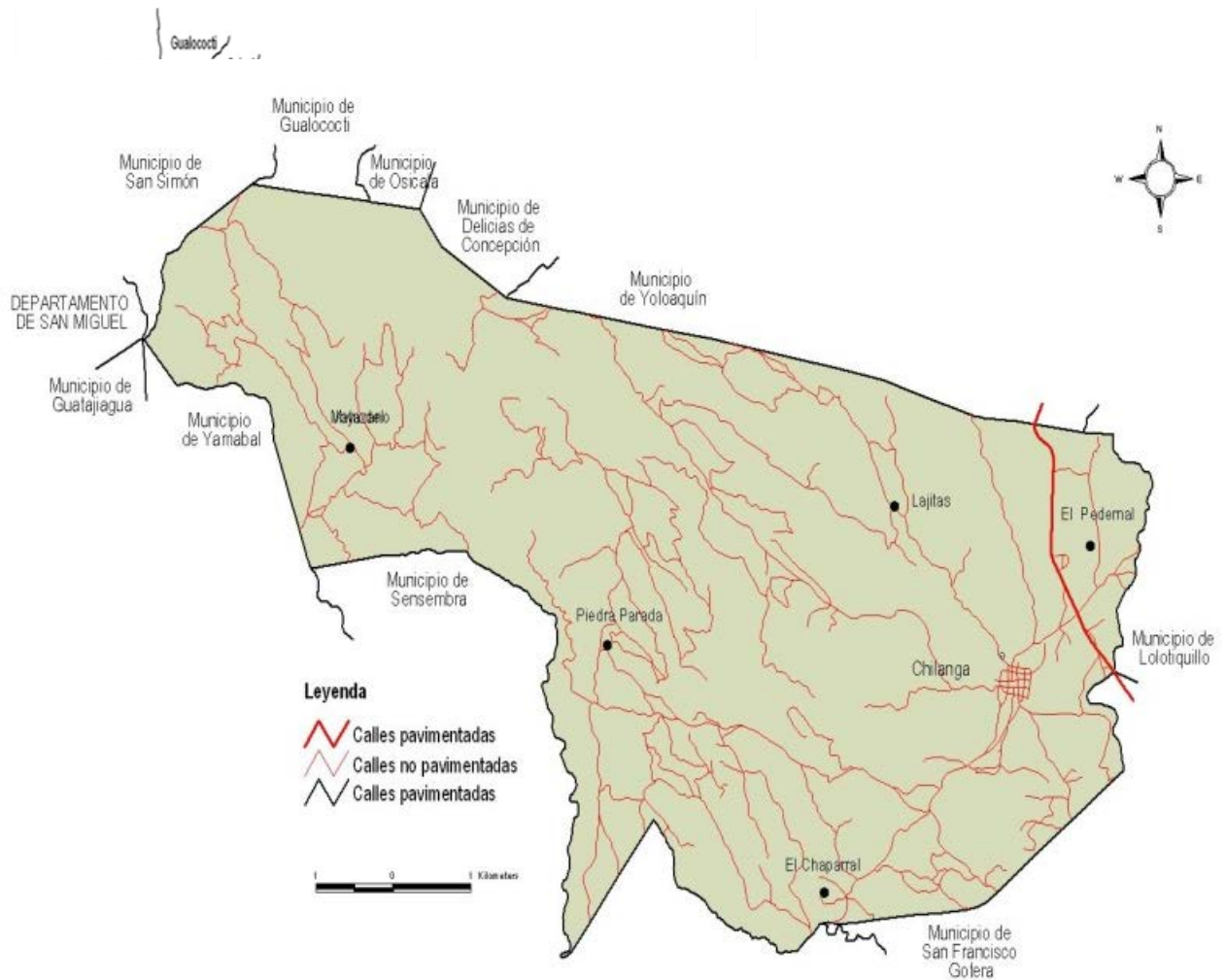
**Ubicación del Municipio de Chilanga en el Departamento de Morazán**



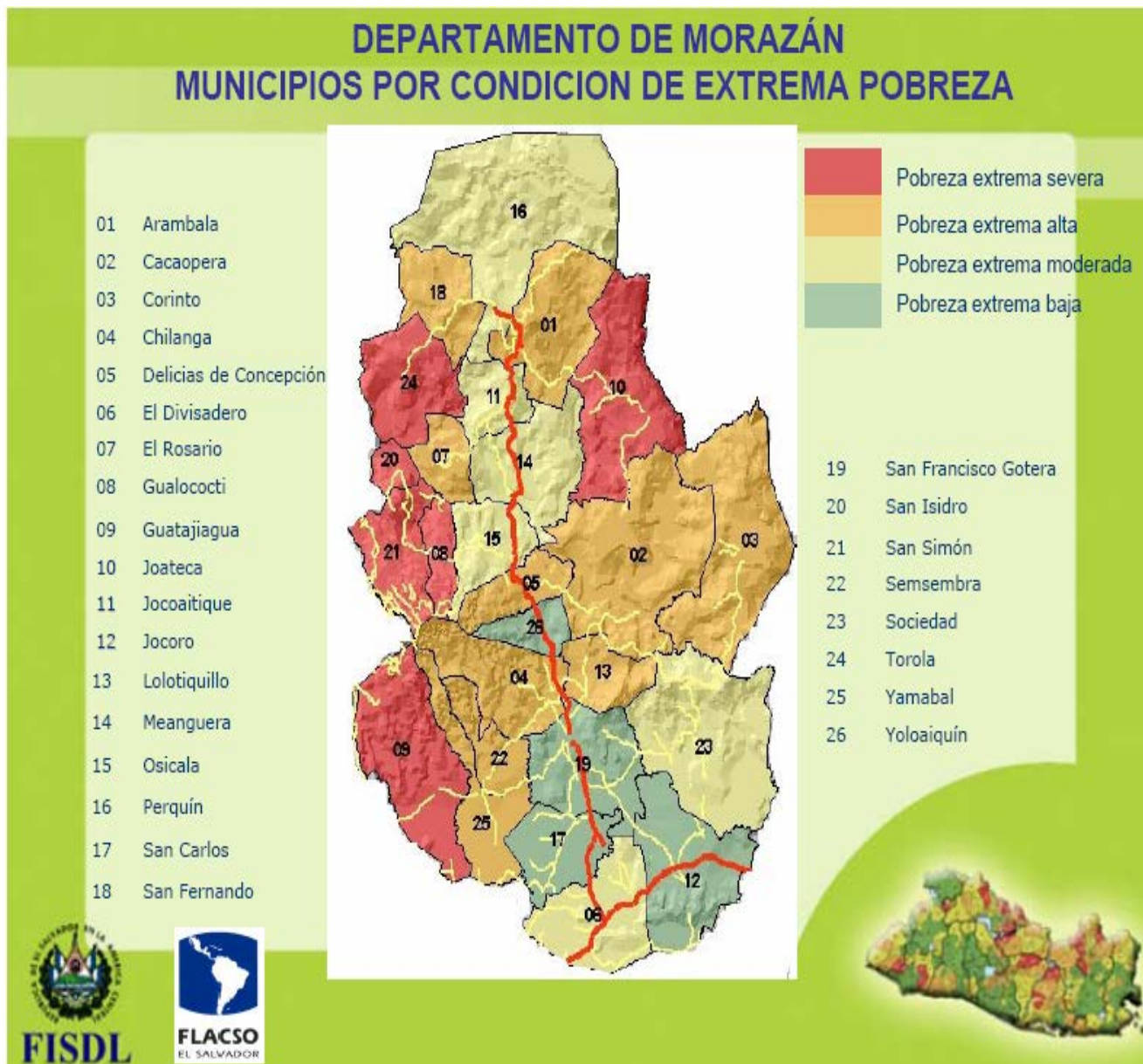
## MAPA DE CONECTIVIDAD VIAL DE MORAZAN



## CONECTIVIDAD VIAL INTERNA DEL MUNICIPIO DE CHILANGA

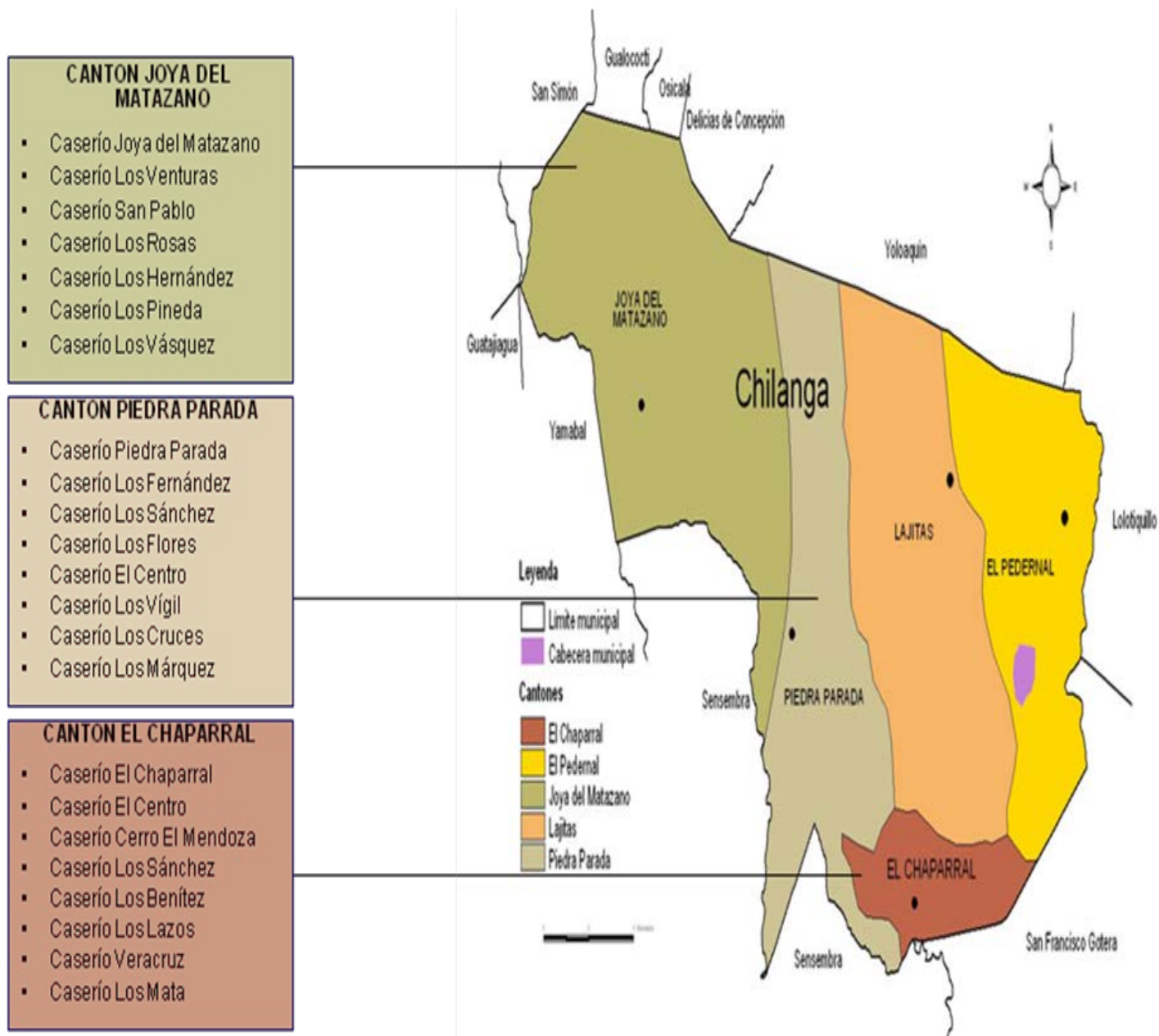


## MAPA DE LA POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE MORAZÁN



## ZONA RURAL

### CANTONES JOYA MATAZANO, PIEDRA PARADA Y CHAPARRAL



## CANTONES LAJITAS Y EL PEDERNAL.

