



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN

Monografía

**Condiciones de las casas maternas en el barrio
Sol de Libertad, Siuna 2015**

**Para optar al título de Licenciatura en Ciencias Sociales
con mención en Desarrollo local**

Autoras: Jamileth Gaitán Hernández
Yurielka Estrada Ramos

Tutora: MSc. Vania Chavarría Vigil

Siuna, Mayo 2016

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE
NICARAGÜENSE
URACCAN**

Monografía

**Condiciones de las casas maternas en el barrio
Sol de Libertad, Siuna 2015**

**Para optar al título de Licenciatura en Ciencias Sociales
con mención en Desarrollo local**

Autoras: Jamileth Gaitán Hernández
Yurielka Estrada Ramos

Tutora: MSc. Vania Chavarría Vigil

Siuna, Mayo 2016

Dedico esta monografía a Dios por permitirme llegar hasta aquí, brindarme salud, ser el manantial de vida dándome lo necesario para seguir adelante día a día así lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre María Hernández Jirón por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su infinito amor, a mi padre Fernando Gaitán por los ejemplos de perseverancia, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor, a mis hermanos, hermanas por haberme apoyado en ciertos momentos.

A mi adorada hija Crishany Zoe González Gaitán quien me prestó el tiempo que le pertenecía y terminar mi monografía, quien es mi motivo para salir adelante así darle lo mejor de mí, a fin de ser motivo de inspiración y ejemplo que le sirva en su vida.

A mi tutora MSc. Vania Chavarría Vigil por su gran apoyo y motivo para la culminación de nuestros estudios profesionales, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos al igual a mi compañera Yurielka Estrada.

Jamileth Gaitán Hernández

Dedico este trabajo monográfico a Dios por habernos dado fortaleza y sabiduría durante mis estudios, por darme la fuerza de seguir adelante cada día venciendo todos los obstáculos que se me presentaron durante el transcurso de la carrera, por ayudarme a culminar mis estudios y obtener conocimientos que me han permitido un mejor desempeño en mi vida personal y profesional.

A mi padre: Froilán Apolinar Estrada Díaz y mi madre Maura Ramos Meza, por haberme apoyado en cada una de mis etapas de estudio, por mostrarme el camino correcto y orientarme a realizar lo mejor para mí, dándome su amor incondicional.

Los miembros de mi familia que siempre han estado brindándome su cariño y apoyo constante durante todos los procesos de mi vida, lo cual me motivó para no decaer cuando las situaciones estaban difíciles.

A mi tutora MSc. Vania Chavarría Vigil, por guiarme y brindarme su paciencia en la culminación de la presente monografía, al igual que mi compañera de trabajo Jamileth Gaitán.

Yurielka Estrada Ramos

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios por habernos dado la salud, fuerza y sabiduría para finalizar con éxito la carrera, a nuestros padres y madres por el apoyo económico y espiritual que nos brindan, a nuestras amistades por habernos motivado y brindarnos su apoyo moral.

A todo el personal docente que formó parte de nuestro aprendizaje, por habernos enseñado valores, principios, actitudes humanistas, sentido del emprendimiento e innovación, lo que fortalece nuestros saberes.

A nuestra tutora MSc. Vania Chavarría Vigil, quien fue nuestra facilitadora, que nos guió de la mejor manera, durante nuestro trabajo monográfico para poder culminarlo con éxito.

A la Universidad de las Regiones Autónomas de la costa Caribe Nicaragüense URACCAN Siuna, y todo el personal docente, especialmente a quienes conforman la honorable comisión de evaluación de protocolos de investigación del área de ciencias Sociales quienes nos orientaron con cariño para que nuestra investigación fuese más sólida.

Jamileth Gaitán Hernández

Yurielka Estrada Ramos.

INDICE GENERAL

CONTENIDOS	PÁGINAS
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice general.....	iii
Índice de anexos.....	iv
Resumen.....	v
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEORICO.....	4
3.1. Generalidades.....	4
3.2. Caracterización de las mujeres embarazadas.....	7
3.3. Realidades socioeconómicas de las casas maternas.....	16
3.4. Acciones de mejoras en las casas maternas.....	20
IV. METODOLOGIA.....	29
V. RESULTADOS Y DISCUSION.....	39
5.1. Caracterización de las mujeres embarazadas.....	39
5.2. Realidades Socioeconómicas de las casas maternas.....	49
5.3. Acciones de mejoras en las casas maternas.....	60
VI. CONCLUNSIONES.....	70
VII. RECOMENDACIONES.....	72
VIII. LISTA DE REFERENCIAS.....	74
IX. ANEXOS.....	76

INDICE DE ANEXOS

Anexo No 1: Guía de entrevista dirigida a mujeres embarazadas que se albergan en las casas maternas.

Anexo No 2: Guía de entrevista dirigida a las responsables de las casas maternas.

Anexo No 3: Guía de entrevista dirigida a las instituciones que apoyan las casas maternas.

Anexo No 4: Guía de Observación.

RESUMEN

El estudio se realizó con el objetivo de analizar las condiciones de las casas maternas en el barrio Sol de Libertad municipio de Siuna.

Es de carácter cualitativo y se orienta desde el enfoque teórico metodológico del interaccionismo simbólico. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista estructurada y la observación directa, lo que permitió recopilar, procesar y analizar los datos obtenidos de las mujeres embarazadas que se albergan en las casas maternas, siendo ellas nuestra principal fuente de información ya que por ellas mismas nos dimos cuenta de las condiciones que presentan las casas maternas 1 y 2 en base a nuestro estudio de acuerdo a los objetivos planteados.

Los principales resultados revelan que las mujeres que se albergan en las casas maternas son adolescentes entre edades de 17 a 19 años siendo la mayoría provenientes del área rural del municipio, el incremento de embarazo aumenta cada día más y es alarmante para la edad de las jóvenes debido a que es riesgoso para su salud un embarazo a temprana edad.

Las realidades socioeconómicas de la casa materna número uno debe brindar la oportunidad del acceso a un establecimiento de salud con capacidad para atender el cuidado de las embarazadas de las comunidades lejanas mediante diferentes equipamientos y ambiente saludable que garantice la estabilidad segura de las gestantes durante su estadía porque carece de condiciones e infraestructura adecuada para brindarle a las gestantes comodidad y, seguridad, atención medica permanente, servicios básicos como el agua, servicios higiénicos y equipamiento en general.

Las acciones de mejora propuestas para las casas maternas se deben adecuar conforme a la demanda de servicio para las mujeres gestante en las dos casas maternas, mejorar las

condiciones básicas de infraestructura y equipamiento, la sensibilización a la sociedad civil para el control de los desperdicios que contaminan el área de la casa materna, construcción de letrinas, construcción de pileta para almacenar agua, personal capacitados para brindar atención y consejería a las embarazadas, disponer de recursos humanos capacitados y contar con espacio de lectura.

I. INTRODUCCION

Las casas maternas que operan bajo la gestión de una organización comunitaria, son un centro alternativo que provee albergue, alimentación, actividades educativas a mujeres embarazadas originarias de comunidades rurales pobres y alejadas de los servicios de salud, tanto antes del parto como después el mismo. Normalmente se sitúan estratégicamente, cerca de las unidades de salud, de modo que se facilite trasladar a las mujeres allí para que accedan a los servicios de parto institucional y de cuidado del puerperio y del recién nacido **(Cortez, 2008, p. 7)**.

La mortalidad materna es uno de los grandes desafíos de salud pública. Actualmente, cerca de 600.000 mujeres en el mundo mueren cada año como consecuencia de factores relacionados con el embarazo y el parto. El problema es especialmente en países en desarrollo donde las tasas de mortalidad han disminuido levemente en los últimos 50 años y unas 300.000 de mujeres sufren de enfermedades como consecuencia del embarazo y el parto. Por lo tanto reducir la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad que se refleja en el hecho de que se haya incluido como una de las ocho metas de desarrollo del milenio, así como en el interés crecimiento por parte de los gobiernos y agencias internacionales en mejorar la salud materno e infantil en los países más pobres **(Cortez, 2008, p. 4)**.

El principal objetivo del estudio es proporcionar información crítica y relevante sobre el desempeño de las casas maternas y su entorno, con el propósito de ofrecer recomendaciones para mejorar y ampliar la red de casas maternas y señalar estrategias alternativas o complementarias para elevar los niveles de parto institucional. También se espera que contribuya a la ejecución operativa de la Estrategia Nacional para la Mejora de la Salud Materna y Perinatal y a fortalecer la salud sexual y reproductiva de la mujer, sus derechos, los de la niñez y los de la ciudadanía en general en el contexto del Modelo de Atención Integral y Comunitario de Salud del Ministerio de Salud **(Cortez, 2008, p. 5)**.

El alto índice de mujeres embarazadas en la región es un tema preocupante por la consecuencia que trae un embarazo a término no atendido adecuadamente, este índice afecta a todas las mujeres en edades de reproducción del área urbana y rural.

El presente estudio hace referencia a las condiciones que ofrecen las casas maternas existentes en el barrio Sol de Libertad. La misión de las casas maternas es contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal mediante el establecimiento de las casas albergues para mujeres embarazadas procedentes de las comunidades del área rural.

Las mujeres embarazadas del área rural no cuentan con las condiciones necesarias para tener un parto seguro por eso es de interés que asistan a las casas maternas para la asistencia médica adecuada, condiciones físicas, ambientales y la compañía familiar que brinde regocijo a la madre y al bebe, de esta manera el índice de mortalidad materna puede disminuir en el municipio.

Por eso nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las condiciones que ofrecen las casas maternas en el municipio de Siuna?

El propósito es describir las condiciones que ofrecen las casas maternas a las mujeres de las comunidades rurales del municipio e identificar la realidad socioeconómica en las casas maternas y promover acciones de mejora que establezca la atención para su funcionamiento.

Los resultados servirán para que las casas maternas de Siuna conozcan más acerca de las condiciones que deben tener, esto permitirá valorar el grado de satisfacción de las mujeres beneficiadas y de forma general se podrá tomar decisiones en pro del mejoramiento de sus servicios.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Analizar las condiciones que ofrecen las casas maternas en el municipio de Siuna.

2.2. Objetivos Específicos:

Caracterización de las mujeres embarazadas que asisten a las casas maternas del Municipio de Siuna.

Describir la realidad socioeconómica de las casas maternas.

Proponer acciones de mejora en las casas maternas del Municipio de Siuna.

III. MARCO TEORICO

3.1. Generalidades

Casa Materna:

Es un espacio comunal, gestionado, construido y sostenido coordinadamente entre la comunidad, el Gobierno Local y/o Regional. Se utiliza para el alojamiento o posada temporal de mujeres gestantes y algún acompañante que ellas decidan (hijos, pareja, otros familiares y/o partera) en ambientes cálidos, parecidos al de sus viviendas con incorporación de sus prácticas alimenticias. En estas Casas Maternas no se atienden los partos, pero se cuida y se prepara a la gestante para el mismo, permitiendo el acceso a los servicios de salud y asegurándoles un parto institucional, principalmente en zonas rurales, andinas y amazónicas (**Medina Ibáñez, 2006, p. 18**).

Medina Ibáñez (2006) define comunidad, como el “Conjunto de personas que comparten una cultura, objetivos comunes y que viven en un mismo espacio geográfico. Se ubican tanto en áreas urbanas y rurales. La definición incluye todas las formas de agrupaciones existentes de la sociedad” (**p. 18**).

Enfoques para la implementación de las casas maternas.

En este acápite se pretende detallar el reconocimiento de los derechos inherentes a toda mujer, teniendo en cuenta la multiculturalidad de nuestro país. El derecho en salud que garantice el adecuado servicio, incluyendo el respeto a la cultura y la equidad de género dando igualdad de oportunidades a las familias, ciudadanos y ciudadanas de una determinada comunidad, a hacer uso de las Casas Maternas y por ende su cooperación en la implementación y sostenibilidad de estas, como ejercicio de los deberes ciudadanos comprendidos dentro en su localidad (**Medina Ibáñez, 2006, p. 19**).

Los Derechos Humanos en Salud incluyen dimensiones particulares como la de equidad de género y la étnico-cultural, las cuales deben de aplicarse de manera transversal dando preferencia a la población más pobre y vulnerables. Siguiendo esta lógica uno de los grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos son las gestantes, cuya atención está orientada a asegurar su dignidad como persona y garantizar el adecuado ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos **(Rocabado, 2005, p. 20)**.

La casa materna al favorecer el acceso al parto institucional, hace prevalecer los derechos de las gestantes de zonas de difícil accesibilidad y culturalmente diferentes, de tal manera que a través de estas, se permite y facilita el acceso a los servicios de salud; esto implica a la vez la seguridad y bienestar de ella y del niño(a) que está por nacer. Así mismo, evidencia el ejercicio del derecho a la participación social articulando a la población, actores sociales y autoridades; quienes en su calidad de miembros de una comunidad organizada, también tienen responsabilidad en el cuidado de la salud materna y neonatal **(Rocabado, 2005, p. 20)**.

El enfoque de equidad de género se refiere a la necesidad de garantizar la igualdad de oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres, en todos los ámbitos, contribuyendo en el proceso de construcción de una sociedad más justa. Se debe recordar que, desde su nacimiento, hombres y mujeres presentan diferencias, pero éstas corresponden a las características biológicas y fisiológicas del sexo de la persona. Por ello, se requiere diferenciar entre el sexo de la persona y el género de la misma, explicando que el género lo constituyen las ideas, prácticas, normas, roles, conceptos y valores culturales que tienen su origen en el seno de la familia y que se ven reflejados en el contexto social **(Rocabado, 2005, p. 20)**.

En ese sentido, la casa materna, no se constituye sólo en un espacio para brindar protección a la mujer gestante y al recién nacido en su etapa más vulnerable, sino que también se le asume como un espacio privilegiado para fomentar un mayor involucramiento del varón en todo este proceso; de este modo, el padre cumple un rol sumamente importante, no sólo como acompañante de su pareja gestante durante el embarazo y parto, sino también al asumir una responsabilidad compartida con la familia **(Rocabado, 2005, p. 20)**.

La diversidad de grupos étnicos-culturales en nuestro país con conocimientos, prácticas, recursos, terapéuticas propias, considerados como medicina tradicional, muchas veces son rechazados, poco valorados y excluidos del sistema de salud. En ese sentido, la existencia de esta riqueza multicultural del país, constituye a la vez el desafío que el sector salud debe tener en cuenta, a fin de brindar un servicio de calidad acorde a las necesidades y características de la población **(Rocabado, 2005, p. 20)**.

Se debe considerar que el embarazo, parto y puerperio implican un proceso no sólo como fenómeno biológico, sino que sobre todo es un evento social y cultural construido por la población de acuerdo a su propia realidad natural y espiritual y que compromete a la familia y dinámica comunal. En la concepción y construcción de una casa materna, es necesario tener en cuenta aspectos que son establecidos por cada comunidad en forma diferente. De este modo, la incorporación de las casas maternas, proyectado como un espacio familiar que responda a las expectativas de las usuarias y su familia, debe servir para reducir la brecha cultural y permitir el acceso al parto institucional, promover el ejercicio de los deberes, derechos y el respeto, a fin de encontrar la equidad en la diferencia entre sistemas culturales **(Rocabado, 2005, p. 21)**.

La importancia de la adecuación cultural en la casa materna permite complementar un mayor acercamiento y respeto a la cultura con la que viven nuestras mujeres de las diferentes zonas del país, es por ello que en la mayoría de nuestros establecimientos de salud donde se atienden partos, se promueve la adecuación cultural a fin de que ellas se sientan culturalmente respetadas y protegidas **(Rocabado, 2005, p. 21)**.

La mortalidad materna se torna difícil de afrontar en países como el nuestro debido a su multiculturalidad, siendo prioritario identificar las determinantes sociales que interactúan incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, entre las que podemos mencionar, el alto índice de pobreza, analfabetismo, bajo status social de la mujer, malnutrición, creencias y costumbres, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica, desencuentros culturales entre proveedores y usuarias y sistemas de salud que responden parcialmente a las necesidades de las usuarias y sus familias **(Rocabado, 2005, p. 21)**.

3.2. Caracterización de las mujeres que asisten a las casas maternas

“Otros estudios adoptan diferentes posiciones al respecto, como que la edad óptima es a los 20 años. Esto es una controversia que no permite un esclarecimiento sobre este tema y confunde a la población” **(Rocabado, 2005, p. 21)**.

Edades de mujeres embarazadas

Según estudio realizado por **Mora (2011)**, “el número de mujeres embarazos oscilan entre las edades de 13 a 17 años y esto es cada vez más frecuente. Las jóvenes aseguran conocer de métodos de prevención, sin embargo no les dieron el uso debido **(p. 5)**”.

Mora (2011) continúa señalando que en las casas maternas atienden a mujeres de la zona rural con 38 semanas de gestación, brindándoles atención psicológica, alimentación y alojamiento. Reporta que de las 485 mujeres que fueron atendidas en el 2010, el 33 por ciento fueron adolescentes y en lo que va del año de las 271 mujeres que han atendido, el 25 por ciento son adolescentes **(p. 5)**.

En la casa de la mujer de Nicaragua, se realizó un trabajo investigativo en el que están evaluando los contenidos de los medios de comunicación donde la televisión, los comerciales, la música y hasta los nuevos dibujos animados, tienen un fuerte contenido sexual que subliminalmente y a veces directamente incitan a los jóvenes y niños a sostener relaciones sexuales **(Mora, 2011, p. 5)**.

Mora (2011) “La casa materna ha entendido casos dramáticos de niñas de 12 años embarazadas. Este año la mayoría oscila entre los 14 y los 19 años lo que produce mayor preocupación en Nicaragua siendo jóvenes en mayor cantidad las mujeres embarazadas que tienen la oportunidad de llegar a un nivel académico que les permita desarrollarse satisfactoriamente y enfrentar la vida sin dificultades y no presentar esta situación que viene a cambiarle la vida por completo” **(p. 5)**.

Incremento

En los últimos tres años se ha registrado un incremento de embarazos en adolescentes provenientes de diferentes partes de Nicaragua, en la casa materna Luz y Vida del ministerio de Salud de Estelí mujeres atendidas de entre 14 y 17 años de edad, y en la casa materna de Jinotega, las embarazadas menores de 19 años se han duplicado en los últimos tres años, de manera que en el 2011 representaron el 60 por ciento del total de mujeres atendidas **(Espinoza, 2012, p. 3)**.

La violencia sexual está desenfrenada y es subregistrada en esta región, la mayoría de los perpetradores quedan impunes y las tasas de embarazos en la adolescencia y de mortalidad materna son drásticamente más alta que el promedio nacional. Las niñas y adolescentes que quedan embarazadas a consecuencia de una violación son obligadas a llevar a término embarazos impuestos, lo cual a menudo los hace caer más en la pobreza **(Espinoza, 2012, p. 3)**.

Contexto del embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia es visto con alarma social que se refleja en medios de comunicación como prensa y televisión. En la calle el tema tiende a tratarse de una perspectiva medicalizada o paternal, se va construyendo como una eventualidad inexplicable que puede ocurrir en cualquier familia es algo que atañe, directa o indirectamente, a todos **(De la Cuesta, 2012, p. 24)**.

El embarazo durante la adolescencia se percibe con tal magnitud que diversos autores consideran que es una crisis, un problema de salud pública, una epidemia y una carga para la sociedad con consecuencias trágicas. Efectivamente la cifras de mortalidad materna de las embarazadas de 15 a 19 años duplican las que se dan entre los 20 – 24 años y, en algunos países, son cinco veces más altas si el embarazo se produce entre los 10 – 14 años **(De la Cuesta, 2012, p. 24)**.

De hecho, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son una de las cinco causas principales de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en América Latina. Pero aunque hay un consenso sobre sus implicaciones para la vida y salud de la mujer, se han levantado voces, críticas. Se cuestiona, por un lado su magnitud al señalar que ahora es más evidente que antes **(De la Cuesta, 2012, p. 24)**.

Ámbito sociocultural

La definición de la mujer como sujeto productivo y la caracterización de la adolescencia como experiencia social específica, han convergido durante los últimos 40 años en la problematización del embarazo juvenil. La postergación de la maternidad y de la paternidad se ha erigido como ideal biográfico y en función de ello la conducta sexual adolescente se ha convertido en un objeto central de preocupación pública. A la vez, los incentivos para postergar la maternidad no se han distribuido democráticamente a lo largo del proceso, sino que siguen constituyendo atributos de ciertos sectores sociales aventajados. Asimismo, los jóvenes y principalmente las jóvenes encuentran diversos obstáculos socioculturales para manejar autónomamente la sexualidad y regular conscientemente la reproducción **(Ramírez, 2011, p. 1)**.

El trabajo muestra que además del proyecto de vida y su significado, la proscripción no abiertamente declarada de la sexualidad juvenil femenina y la vigencia de pautas asimétricas de género en la socialización familiar y en la sociabilidad adolescente, lógicas de la estructura regulativa tradicional, contribuyen a entender la sexualidad “irresponsable” **(Ramírez, 2011, p. 1)**.

Se propone formular un enfoque comprensivo del embarazo “premature”, en el que tales lógicas, comprometidas en su producción, se vinculen con las tensiones socioculturales constitutivas del conflicto entre hombres y mujeres, las generaciones, y los grupos sociales, en un escenario asincrónico de transformación del orden sexual y de género. Este propósito implica una perspectiva histórica, o mejor dicho, una consideración de la problemática del embarazo adolescente como proceso, más precisamente como parte de un proceso de cambio más general, al nivel del orden sexual, de la forma de regulación de la sexualidad **(Ramírez, 2011, p. 1)**.

El propósito de introducir en el estudio posiciones socioeconómicas de contraste, obedeció al interés por discutir la establecida relación entre embarazo adolescente y pobreza. Esta relación es central y se ha planteado de diferentes formas en la literatura académica sobre el problema **(Ramírez, 2011, p. 3)**.

La perspectiva en la que se mueve supone plantear el carácter contingente de la relación entre pobreza y embarazo temprano no deseado, sin poner en duda que como lo muestran las estadísticas la mayor prevalencia relativa de esta circunstancia se corrobora en los sectores sociales menos aventajados donde convergen toda suerte de condiciones favorables, entre ellas la experiencia del “proyecto de vida”. Se quiere hacer énfasis en el hecho de que existen lógicas socioculturales, articuladas en el orden de género, relativamente independientes de la estructura socioeconómica, que se vinculan decisivamente con las uniones, la maternidad y la paternidad tempranas **(Ramírez, 2011, p. 4)**.

La pobreza tiene que ver, en este sentido, con la ausencia de condiciones para que prospere una racionalización de la vida sexual y reproductiva al servicio de los ideales de desarrollo personal vinculados a la vida profesional. En ciertos sectores la “vocación” materna (y paterna) encuentra ocasiones y estímulos más favorables para articularse como horizontes donde los individuos sitúan sus esperanzas de realización y felicidad y aunque no deseen una maternidad o paternidad tempranas, este elemento termina convirtiéndose en un factor que coadyuva en esa dirección **(Ramírez, 2011, p. 5)**.

En nuestro medio sociocultural el embarazo adolescente ha emergido como objeto y se ha configurado como problema social en los últimos 40 años. Tradicionalmente entre nosotros, las estrategias matrimoniales, las uniones, y los embarazos, resultan habituales entre las mujeres con edades entre los 14 y

19 años, tienen lugar incluso a edades más tempranas y sin embargo cuando son socialmente reprobados no se los juzga por considerarlos prematuros, sino porque se apartan del precepto matrimonial, contravienen intereses familiares materiales y/o simbólicos **(Ramírez, 2011, p. 5)**.

En general, la solución tradicional a un embarazo “ilegítimo” es el matrimonio, sin embargo la presión y las posibilidades objetivas de ofrecer o imponer esa circunstancia varían de acuerdo con la región y el sector social dentro de ellas. Este hecho depende de la intensidad de la reprobación social que recae sobre la mujer que ha “fracasado” En la subcultura antioqueña “un embarazo ilegítimo es un estigma de tan poderosa fuerza que margina de hecho a la madre soltera y a su familia **(Ramírez, 2011, p. 5)**

La conducta de la mujer es motivo de deshonor cuando se aparta de los lineamientos culturales en materia sexual, sólo cuando ella pertenece a una cierta estratificación social, donde valores tales como la virginidad, el matrimonio, la fidelidad, son conceptos determinativos de la conducta sexual. En los estamentos donde estos valores no repercuten en la posición de la mujer, ni en la de sus relativos por sangre, no existe tal guarda de la virtud, vale decir, de su conducta sexual. Por el contrario, si son solteras están liberadas en cierta manera de actuar bajo el mismo canon de otras mujeres de ubicación social **(Ramírez, 2011, p. 26)**.

No obstante las variaciones que tienen lugar en función de la particularidad cultural delineada regionalmente, y del sector social dentro de cada subcultura, la recriminación socio-familiar que tradicionalmente se despierta frente al embarazo imprevisto, no se apoya en la afirmación de carencias y problemas específicos derivados de la edad de la madre; no se concibe a la mujer “inmadura” para el cumplimiento de sus labores de

madre y esposa, no se pone en duda su capacidad para responsabilizarse de la situación **(Ramírez, 2011, p. 26)**.

Los médicos y religión.

El médico y el sacerdote, la práctica y el discurso que representan, constituyen dos de los ámbitos de autoridad centrales que desde los años y sesenta y posteriormente, moldean la institucionalización de las prácticas anticonceptivas entre nosotros. La Iglesia afirma la libertad de las personas, la libertad del católico para decidir sobre el número de hijos, pero cuestiona las campañas de planificación, considerándolas expresión de una mentalidad contra natalista que interfiere en el ejercicio del libre albedrío de los conyugues, y que promueve una base de valores extraños al espíritu Cristiano propio de nuestro pueblo; egoísmo, materialismo, consumismo, valores típicamente resaltados tanto en las miradas críticas de la modernidad, como en las decididamente conservadoras, se conciben a menudo como los fundamentos de la voluntad contraceptiva. No por ello reconoce una actitud pronatalista. La iglesia posterior al Vaticano II, afirma la posibilidad de la regulación consciente de la fecundidad siempre y cuando los individuos libres se acojan a las exigencias de la pauta matrimonial cristiana. Entonces como ahora, la iglesia se opone a que el sexo deje de ser un asunto moral, regulado por una moral colectiva. Un sacerdote escribía: El sexo no es un asunto moral, no se dan valores absolutos que regulen la conducta humana **(Ramírez, 2011, p. 77)**.

Estado Civil:

“El embarazo adolescente puede traer múltiples consecuencias sobre el estado civil de las madres adolescentes” **(Salazar y Arango, 2008, p. 169)**.

Los embarazos adolescentes no eran considerados como algo indeseado o indebido en la población rural y, por el contrario, la maternidad era prácticamente la única función de la mujer, entonces las uniones tempranas entre parejas eran más comunes que ahora, y el embarazo, si ocurría antes que la unión, conllevaba la unión matrimonial. En la actualidad debido al cambio social y cultural de los últimos años, se intenta postergar la unión o matrimonio hasta después de los veinte años de edad, ya que se desea una escolarización extendida, y se tienen aspiraciones aparte de la maternidad **(Salazar y Arango, 2008, p. 171)**

El estado civil depende de la idea que tengan la mujer y la sociedad sobre la función de la primera. En una sociedad tradicional se encontrarán madres adolescentes casadas. En una sociedad donde la mujer normalmente se incorpore a la vida laboral encontraremos madres adolescentes solteras **(Salazar y Arango, 2008, p. 171)**.

En algunos casos ser madre adolescente puede ocasionar un matrimonio a la fuerza, hecho que suele afectar negativamente a la adolescente y su pareja. Puede ser el inicio de conflictos, rechazo y recriminaciones, que más adelante terminan en separación, divorcio e inestabilidad emocional, sin mencionar los perjuicios para el hijo **(Salazar y Arango, 2008, p. 172)**.

Según **Salazar y Arango (2008)** “en estudios realizados a mujeres refiriéndose al estado civil antes y después del embarazo se encontraron los siguientes resultados”

Refiriéndose al estado civil antes y después del embarazo

De 15 madres adolescentes, 14 eran solteras antes de quedar en embarazo, solamente una de ellas había contraído matrimonio civil. Por tanto en la población estudiada predomina

el estado civil soltera con un 93,3 % antes de dar a luz al primer hijo **(Salazar y Arango, 2008, p. 175).**

“Aun después del embarazo vemos como persiste un gran número de madres solteras un 46,5%. Dos madres solteras se unen una en matrimonio religioso y la otra en unión libre, aumentando respectivamente el porcentaje” **(Salazar y Arango, 2008, p. 175).**

Es después del embarazo que la mayoría de madres solteras cambian de estado civil, si se tiene en cuenta el actual, ya que como se dijo solo tres madres solteras cambian de estado civil durante la gestación. Lo cual indica que el embarazo adolescente en esta población no predispone un cambio de estado **(Salazar y Arango, 2008, p. 175).**

Así mismo **Salazar y Arango (2008)** expresa que durante el embarazo el 60 por ciento de las madres adolescentes continúan solteras, solo el 20 por ciento es decir tres mujeres anteriormente solteras, contrajeron matrimonio religioso **(p. 175).**

Estado civil actual

“Solo una madre adolescente que contrajo matrimonio religioso durante el embarazo y en la actualidad está separada, como se mencionó” **(Salazar y Arango, 2008, p. 175).**

Aunque el madre solterismo sea el estado civil mayor, se ve que el 66% de las madres adolescentes actualmente están unidas en una u otra forma, de las tres mujeres que contrajeron matrimonio religioso solo dos continúan con su matrimonio y una está separada en la actualidad. Por tanto hay un 25% de inestabilidad en las uniones por matrimonio religioso **(Salazar y Arango, 2008, p. 176).**

3.3. Realidades socioeconómicas de las casas maternas

En el área de infraestructura:

“Las condiciones que debe brindar una casa materna es una buena infraestructura que sea según la realidad local, la comodidad y seguridad de las usuarias ante situaciones de emergencia: terremoto, lluvias, inundaciones, huaycos, bajas/altas temperaturas” **(Pascal, 1999, p. 32).**

El gobierno local debe tener un papel protagónico y mostrar una voluntad política para hacer posible el proyecto, porque es quien puede asumir la viabilidad económica de la Casa de Espera a través de fondos públicos o gestionados en el presupuesto participativo, lo que servirá tanto para su implementación, para el pago de un incentivo al personal voluntario que apoya en la Casa de Espera y para impulsar algún proyecto que de sostenimiento o que genere ingresos **(Ministerio de Salud, 2005, p. 17).**

Debemos tomar en cuenta que los ambientes deben decorarse respetando las costumbres locales, considerar que la casa no sea fría (en lo posible que no tenga pisos de cemento, principalmente en los dormitorios), que se ventile (techos altos) y que permita la privacidad (tomar en cuenta las preferencias para venir acompañadas) Tomemos en cuenta las “Características básicas de una vivienda saludable” (ver Anexo), toda vez que podemos establecer con la Casa de Espera, un modelo de vivienda saludable **(MINSA, 2005, p. 37).**

“Debe prestar ambientes para uso múltiple: recreación, capacitación y desarrollo de habilidades: telar, manualidades, etc. Servicios higiénico, Cocina, Comedor, Dormitorio de la gestante adecuado a sus costumbres, área de lavandería, patio **(Pascal, 1999, p. 32).**

El equipamiento de los ambientes de la casa materna formará parte de la iniciativa de cada región teniendo en cuenta su realidad local, sin embargo, se deberá cumplir con condiciones mínimas tal y como se menciona a continuación: Ambiente para uso múltiple, bancas, sillas o sillón con espaldar, equipos audiovisuales adaptados a la realidad local (Televisor, radio, DVD, según el caso), telares o algún otro mobiliario para que la gestante pueda desarrollar alguna actividad, Comedor, Mesa con sillas/bancas (mínimo para 4 personas), armario para guardar servicios, refrigeradora, cocina mejorada/cocina a gas con balón **(Pascal, 1999, p. 32)**.

Cuando el establecimiento de salud capta una gestante, cualquiera fuese el momento, ya sea en el periodo próximo a su parto o producto del seguimiento a las gestantes con riesgos, debe iniciar el proceso de sensibilización para el uso de la Casa Materna, ya sea en el periodo próximo a su parto o producto del seguimiento a las gestantes con riesgos. La decisión de la gestante y su familia para trasladarse a la casa materna, supone todo un proceso de negociación con ella, los familiares, y la misma comunidad, el cual como se indica, debe ser iniciado durante la atención prenatal; de esta manera la estancia en la casa materna estará contemplada en el Plan de Parto. **(Rodríguez, 2003, p. 23)**.

El tiempo de estancia de la madre gestante en la Casa Materna es variable, según las experiencias previas el promedio son dos semanas antes de la fecha probable de parto, aunque a veces, puede suceder que desconocen esta fecha y se extiende su estancia. También podrá hacer uso de la misma, el tiempo que se estime conveniente durante el puerperio. En caso de violencia o abandono puede ser hasta varios meses, por lo que el Comité de Gestión deberá garantizar la adecuada estadía de la gestante y el neonato, así como la reinserción de ambos a su medio social y familiar. Además se deberá coordinar con Defensoría del

Pueblo en el marco de la defensa de los derechos **(Rodríguez, 2003, p. 23)**.

Cuando una nueva usuaria hace su ingreso en el albergue, la persona responsable es la encargada de darle la bienvenida, mostrarle los ambientes, informarle del funcionamiento del albergue y ayudarla en su instalación. Por cada usuaria que ingresa al albergue debe llenarse un registro de mujeres alojadas. Todas las gestantes deben ser registradas sin ninguna excepción. En el Registro de mujeres alojadas deben consignarse datos como fecha de ingreso, nombre de la gestante, edad, lugar de procedencia, números de embarazo tiempo de embarazo y el diagnóstico de ingreso, Centro o Puesto de Salud de referencia, datos del o la acompañante, y quien será el familiar contacto, las cosas que trae, también se deben registrar datos sobre el parto. En caso de que las instalaciones del Albergue estén llenas, el criterio para el ingreso será por orden de llegada y/o por criterios médicos **(MINSA, 2005, p. 43)**.

El personal de salud es quien determina el egreso de una mujer luego de la atención del parto. Sin embargo, la puérpera podría quedarse algunos días más en el albergue en situaciones de extrema necesidad a ser evaluadas por las responsables del albergue e inclusive el o la médico/médica de referencia. Lo importante es que ningún egreso debe hacerse antes de que el personal de salud lo autorice, quien además entrega al familiar o la gestante la contra-referencia al servicio de salud más cercano a la vivienda de la usuaria **(MINSA, 2005, p. 43)**.

La casa materna debe ofrecer una alimentación balanceada y nutritiva valorando y utilizando los alimentos de la zona, estableciendo horarios de acuerdo a las costumbres locales y garantizando por lo menos cuatro comidas al día. Así mismo el Comité de Gestión Local apoyado por la comunidad velará por el cumplimiento y la sostenibilidad de este requisito **(Pascal, 1999, p. 34)**.

En este sentido, el comité también deberá garantizar el abastecimiento continuo de alimentos en la casa materna, optando de acuerdo a sus posibilidades reales por alimentos provenientes de los programas sociales, alimentos propios de la zona u otros, suministrados por las propias usuarias de la casa materna y familiares. En este caso pueden tratarse de alimentos adicionales a los anteriormente gestionados como: verduras, frutas, leche, que complementan la dieta de cada una de las usuarias y que deben ser compartidos equitativamente entre ellas **(Pascal, 1999, p. 34)**.

La encargada del albergue debe mantener al día un cuaderno de reporte diario donde sintetice cuantas mujeres estuvieron alojadas cada día, cuál es su condición: gestante o puérpera, si hubieron ingresos o egresos, que otras actividades se desarrollaron ese día: talleres, charlas, reuniones, etc., así como cualquier suceso importante dentro del albergue **(MINSA, 2005, p. 42)**.

El albergue, al ser un proyecto donde se involucran a múltiples actores y a la vez al estar integrado dentro de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, se debe establecer un plan de monitoreo y evaluación permanente, que permita al Comité de Gestión adoptar las medidas oportunas para mejorar el servicio prestado a la comunidad. El Comité de Gestión, se reunirá trimestralmente en un inicio y semestralmente a posteriori, para hacer el Monitoreo, donde participaran otras autoridades que participaron de alguna manera en la planificación y gestión del Proyecto **(Rodríguez, 2003, p. 27)**.

Servicios que ofrecen las casas maternas

“Ofrecer atención de calidad y con calidez a las usuarias de las casas fomentando valores de respeto, solidaridad y efecto” **(Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, 2008, p. 3)**.

“Coordinar con las unidades de salud del MINSA la atención y valoración sistemática de las mujeres embarazadas que se albergan en las casas y la atención del parto y puerperio inmediato” **(UNICEF, 2008, p. 3).**

Motivar a las mujeres para el auto cuidado de su salud y la del recién nacido a través de acciones de información, educación y comunicación **(UNICEF, 2008, p. 3).**

Dar a conocer a todo el personal permanente y voluntario las normas de la casa materna referida a la iniciativa de casas amigas de la mujer y la niñez para su debido cumplimiento **(UNICEF, 2008, p. 3).**

Disponer de un plan y programa de educación permanente para el personal de planta y la red de voluntarios y voluntarias que garantice el conocimiento y cumplimiento de los criterios globales definidos en la iniciativa de casas amigas **(UNICEF, 2008, p. 3).**

3.4. Acciones de mejora en las casas maternas

Rodríguez (2003) expresa que para mejorar el servicio de las casas maternas los gestores privados o mixtos cumplan mejor con sus funciones, dentro del modelo de corresponsabilidad con la sociedad civil. Los gastos corrientes mínimos de las casas maternas se debe incorporar en el presupuesto fiscal anual. Las alcaldías también pueden entregar una porción mayor de su presupuesto a las CAM y/o canalizar apoyo a proyectos de auto sostenibilidad mediante, la concesión de microcréditos a las mismas. Otra alternativa sería establecer un tributo municipal (tasa, impuesto y/o contribución especial) para las casas maternas. Una modalidad de participación ciudadana que merece considerarse es la posibilidad de crear “fondos de ahorro comunitarios” con aportes familiares en moneda o especie para que las embarazadas puedan dar la requerida donación a la casas maternas, antes, durante o después de su estancia allí **(p. 28).**

La mayoría de las mujeres alojadas en las casas maternas proceden de familias que viven de la agricultura, por lo que sería relativamente fácil conseguir que los maridos donen a la casa materna productos alimenticios para el mantenimiento de sus esposas. Los problemas financieros de las casa maternas también pueden solucionarse si se logra que los entes gestores o de apoyo tengan personalidad jurídica, pues esto les permitirá acceder a donaciones o comprar y vender legalmente bienes y servicios, lo cual puede contribuir a garantizar su sostenibilidad. Si no es posible obtener personalidad jurídica, se puede intentar que el órgano gestor suscriba convenios de financiamiento con alguna figura jurídica existente en el territorio **(Rodríguez, 2003, p. 29)**.

Se necesita el apoyo técnico del Estado. Esto por cuanto la sociedad civil en las zonas pobres es muy débil y no está todavía suficientemente preparada para asumir una mayor responsabilidad técnica. En algunos casos no existen los comités de gestión, y en la mayoría de las experiencias observadas son muy débiles **(Rodríguez, 2003, p. 29)**.

Se propone desarrollar un flujo grama de riesgo obstétrico que incluya a las casas maternas como parte de la red de actores involucrados en la atención directa de la salud materna. De esta manera se determina el tipo y nivel de riesgo que puede ser manejado en las casas maternas, y sus requerimientos de atención. Sería de gran utilidad aclarar los criterios y procedimientos de referencia y contra referencia según niveles de riesgo obstétrico, así como las responsabilidades de cada uno de los actores (CAM, puestos de salud, centros de salud y hospitales). La articulación entre el nivel de atención primaria y secundaria de salud muestra debilidades e incide adversamente en el funcionamiento de las CAM municipales (asociadas a centros de salud con cobertura municipal), y de las CAM departamentales (asociadas a hospitales de referencia departamental), en cuanto a los procesos de remisión de

pacientes, atención médica cotidiana (controles diarios) de las alojadas en las CAM, y atención del parto **(Rodríguez, 2003, p. 29)**.

Se sugiere vincular a alguna actividad productiva a aquellas gestantes que requieren atención prolongada en las CAM. La remisión de mujeres embarazadas rurales sin riesgo obstétrico está generando estancias largas en las casas maternas. Si bien éstas son menos costosas que las hospitalarias, la permanencia prolongada allí genera mucha ansiedad en las mujeres. Se sugiere seguir otras experiencias internacionales, como por ejemplo la de las llamadas “casas maternas de la seda” en, donde las gestantes trabajan en labores productivas relacionadas con la seda que las satisfacen **(Deodato, 2007, p. 29)**.

Es necesario aumentar los recursos humanos y financieros de las CAM al ritmo de crecimiento de la demanda. El incremento en la demanda de parto institucional que se ha producido en los últimos años no ha sido acompañado por un aumento proporcional en la oferta, en términos de recursos humanos y financieros. Tal situación ha tenido implicaciones adversas en el funcionamiento de las casas maternas, cuya capacidad actual no alcanza a cubrir sino un porcentaje de los partos esperados de mujeres provenientes de las áreas rurales. Esto sin contar con que no hay CAM en todos los municipios de las zonas del país donde se registran muertes maternas **(Deodato, 2007, p. 29)**.

Sería recomendable instalar un sistema de garantía de calidad que comprenda la certificación de las CAM. Esto permitiría un mayor acercamiento entre el MINSA y las casas maternas, de modo que se asegure la capacitación continua de recursos humanos y el fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y monitoreo **(Deodato, 2007, p. 29)**.

Los SILAIS deberían involucrarse más en garantizar que las mujeres con riesgos obstétricos sean referidas de las CAM al hospital y no al centro de salud, y que sean monitoreadas de cerca por personal calificado del establecimiento de salud local, algo que no siempre sucede. Es preocupante el número de mujeres en puerperio que vuelven a sus casas inmediatamente después del parto, aunque hayan tenido una complicación identificada, lo cual aumenta el riesgo de muerte perinatal. Es conveniente que estas mujeres permanezcan en la casa materna después del parto y que, una vez hayan sido dadas de alta, se les haga un seguimiento por medio de agentes o promotores comunitarios de salud. Además sería útil realizar un análisis detallado de las muertes perinatales para determinar si las CAM pueden contribuir de algún otro modo a su reducción **(Solórzano, 2014, p. 30)**.

Se debe garantizar la sostenibilidad y continuidad de las brigadas médicas móviles, ya que han contribuido sustancialmente a remitir mujeres embarazadas a las casas maternas. Así mismo se debe divulgar mejor la existencia y los servicios que prestan las CAM, puesto que los resultados empíricos muestran que el conocimiento sobre su disponibilidad y localización son factores que aumentan la probabilidad de que se las utilice **(Solórzano, 2014, p. 30)**.

Es necesario promover los mecanismos de auditoría social de las CAM en el marco de la normatividad actual. Se debe involucrar más a la sociedad civil e instar a las autoridades municipales y representantes comarcales a promover adecuadamente los intereses sociales de una de las partes más vulnerables de su población. Para ello es necesario introducir tales mecanismos en el Reglamento de los Comités de Gestión de las CAM, de acuerdo con lo estipulado en el MAIS y a la política de salud reproductiva del MINSA **(Salaverry, 2003, p. 30)**.

Para las casas maternas es recomendable. Capacitar a los equipos gestores de las casas maternas para mejorar su desempeño en gestión administrativa y financiera, supervisión de sus equipos técnicos, coordinación interinstitucional y liderazgo. Se trata de lograr una mejor rendición de cuentas y aprovechar las alianzas con otras agencias en la zona donde operan **(Salaverry, 2003, p. 31)**.

Capacitar a los equipos técnicos de las casas maternas en promoción y prevención de salud, derechos, género, y métodos de educación de adultos. Esto para aprovechar mejor las oportunidades que se presentan con las mujeres atendidas y promover su potenciación y cambio de actitud en temas de salud preventiva. La probabilidad de que una mujer reciba atención de parto institucional se incrementa cuando es ella quien toma la decisión en materia de atención de salud y no terceras personas (esposo o pariente). Por este motivo, es especialmente importante hacer que los hombres, considerados como los jefes de hogar, conozcan los beneficios que tiene para la salud de las mujeres embarazadas que viven en su hogar el acceso a controles prenatales y el parto institucional **(Rodríguez, 2003, p. 31)**.

Con ello se busca que apoyen la asistencia de sus cónyuges/compañeras a las entidades de salud, incluidas las CAM. Se sugiere que esta labor educativa se conduzca a través de brigadistas hombres para fomentar el cambio de mentalidad. Otra alternativa es promover la presencia de los hombres durante el parto para que perciban de primera mano los riesgos que éste conlleva, tal y como se ha visto en diferentes lugares **(Ruiz Abril y Fernández Díaz, 2004, p. 31)**.

Es importante capacitar a los equipos de salud materno-infantil de los SILAIS y centros de salud municipales en la supervisión técnica de las CAM, con el fin de que hagan un seguimiento al personal de las mismas en la prestación de servicios. Para ello

será necesario reforzar el equipo nacional de asesoría técnica del MINSA, de modo que pueda adiestrar y supervisar a los responsables de salud materno-infantil de los SILAIS **(Ruiz Abril y Fernández Díaz, 2004, p. 31)**.

Integrar a la partera a la red de salud reproductiva y sexual, ya que todavía se registra una gran proporción de partos domiciliarios, especialmente en zonas muy aisladas y con población étnica. Su equipamiento y capacitación principalmente para reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, y para atender el parto cuando sea necesario son esenciales, así como su papel en la remisión al parto institucional **(Ruiz Abril y Fernández Díaz, 2014, p. 32)**.

En el caso de Nicaragua, no parece que la razón por la que algunas parteras no remiten a las mujeres sea económica (el dinero que dejan de cobrar) sino más bien educativo. Intensificar la formación de personal de salud del nivel intermedio, ya que en el país hacen falta más enfermeras, sobre todo en las zonas rurales. También hay una gran carencia de enfermeras obstetras. La ausencia de mujeres en la atención antes, durante y después del parto constituye una barrera para las mujeres rurales, quienes prefieren ser atendidas por sus congéneres y no por hombres **(Ruiz Abril y Fernández Díaz, 2014, p. 32)**.

Oferta de servicios

El número de casas maternas ha aumentado considerablemente durante los últimos años, pasando de 12 en el año 2000 a 52 en 2006, lo que representa un incremento anual promedio de 30,8%. Sin embargo, el aumento de la oferta en materia de recursos humanos y financieros no ha sido proporcional al crecimiento de la demanda **(Cortez, 2008, p. 15)**.

Sin embargo, las CAM funcionan con una capacidad limitada para cubrir un porcentaje aún reducido de los partos esperados

de mujeres provenientes de las áreas rurales. Además, no hay CAM en todos los municipios de las zonas del país donde se registran muertes maternas. El factor de ruralidad determina el universo potencial de las casas maternas, considerando que son las mujeres que viven en zonas más alejadas y de difícil acceso a los servicios de salud las que eventualmente podrían considerar su utilización **(Cortez, 2008, p. 15)**.

Todas las casas maternas ofrecen el paquete básico de alojamiento y alimentación, además de charlas de promoción de salud, actividad educativa, atención y seguimiento médico. Ocasionalmente se brinda el servicio de la ropa de maternidad que deberá ser usada durante la estancia en la CAM. Las atenciones médicas en todas las casas maternas se realizan en coordinación con el MINSA. El paquete básico de hospedaje y alimentación es recibido por todas las mujeres albergadas, Sin embargo, la provisión de alimentos sólo es satisfactoria para un 60% **(Cortez, 2008, p. 15)**.

En el Atlántico Norte, Chontales, Matiguas y Jinotega. En Matiguas, hasta un 80% de las mujeres declaró no haber recibido alimentación alguna. La atención médica, medicamentos y exámenes se brindan de acuerdo con el criterio del personal médico del MINSA. Otros servicios, principalmente a cargo del personal de salud, como son las charlas de promoción de salud y la consulta médica se le proporcionaron a 7 de cada 10 mujeres ingresadas. La calidad de las charlas varía de una casa materna a otra dependiendo de quiénes son los responsables de la gestión, la disponibilidad de recursos financieros y humanos, la relación con las autoridades locales y con el MINSA **(Cortez, 2008, p. 15)**.

Los servicios de información, educación y capacitación (IEC) en temas de salud preventiva priorizan la promoción y protección de la higiene personal, la lactancia materna y la nutrición, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar informada,

la atención de los hijos y la importancia del registro civil del nacimiento. Algunas casas realizan acciones de IEC sobre ETS y VIH, así como sobre temas de género, auto cuidado y autoestima. En general, el contenido de las actividades de IEC es impartido por personal del centro de salud u hospital de coordinación, de conformidad con las orientaciones de la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud. Aun así, en las casas maternas se dan charlas con estándares de calidad insuficientes, lo que sugiere la necesidad de utilizar alternativas educativas innovadoras que se adapten mejor al público cautivo de las casas maternas. La actividad de IEC es realizada por el personal de las CAM. En algunos casos cuenta con el apoyo de los Cuerpos de Paz y otros cooperantes y, ocasionalmente, con algunos recursos del centro de salud **(Cortez, 2008, p. 15)**.

En lo que se refiere a las charlas de promoción de salud, en algunos casos se han creado alianzas estratégicas con ONG en torno a temas como salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual (ETS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de actividades impulsadas por ONG que no tienen presencia en todos los territorios municipales donde hay casas maternas. Se destacan dos ejemplos que permiten ampliar el alcance de los servicios ofrecidos a las mujeres que se albergan en las casas maternas. Una campaña de información y sensibilización para la prevención del SIDA. De modo similar, y a pesar de la escasez de recursos financieros, la CAM de Villanueva, con el apoyo de la Fundación Xochiquetzal, impulsa una campaña en la que se incluye consejería y acceso a la prueba de detección del VIH. Estas alianzas con ONG deberían repetirse en todas las localidades donde sea posible, ya que fortalecen la oferta de las casas maternas **(Cortez, 2008, p. 16)**.

Todas las casas maternas tienen un programa de asistencia, detección, atención y prevención de violencia y acompañamiento cuando los casos así lo requieren. A través de

la red de CAM, el personal que allí labora se ha capacitado en el tema de violencia intrafamiliar (VIF). En el marco de la iniciativa de casas maternas amigas, se viene trabajando en los temas de SSR y derechos de la mujer, al tiempo que se ofrece apoyo en los casos en que se detectan episodios de VIF. En el caso de la Casa de la Mujer de Nueva Guinea y la CAM de Siuna también se acompaña a las mujeres en el proceso de denuncia legal, cuando ellas así lo requieren **(Cortez, 2008, p. 16)**.

Sin embargo, se encuentran claros límites para el abordaje y la resolución de este tipo de casos, y de violencia sexual, especialmente aquellos de los que son víctimas mujeres discapacitadas, niñas y adolescentes. Estas experiencias son bastante dispersas, y en general se puede afirmar que se pierden muchas oportunidades de promover actividades de prevención y promoción de salud, así como de formar a la mujer en aras de fortalecer su posición en la familia. No obstante las debilidades encontradas, el 80% de las mujeres usuarias de las CAM se reportan satisfechas con los servicios recibidos. La higiene y el equipamiento son satisfactorios según las propias alojadas la mayoría de las CAM, salvo en un par de casos cuya infraestructura se encuentra muy deteriorada o desbordada por la demanda. Cabe notar que en algunos casos la insuficiencia de recursos ha influido negativamente en la afluencia de mujeres **(Cortez, 2008, p. 16)**.

El principal desafío que confronta el éxito de las CAM es garantizar que exista una persona que refiera a la mujer embarazada a la casa materna y que esa persona tenga la capacidad de identificar cuándo un parto es riesgoso. En Nicaragua, las brigadas móviles --organizadas con personal del centro de salud público para llegar al menos una vez al mes a las comunidades más remotas y aisladas, están contribuyendo a referir mujeres embarazadas a las casas maternas. Pero las parteras también pueden cumplir un papel esencial **(Cortez, 2008, p. 16)**.

IV. METODOLOGIA

4.1. Ubicación

El presente estudio se realizó en las dos casas maternas ubicadas en el Barrio Sol de Libertad del municipio de Siuna.

4.2. Tipo de Estudio

El estudio se basa en el paradigma cualitativo de carácter descriptivo. Cualitativo porque está ligado a las acciones sociales de mejora en las necesidades que les concierne. Según el nivel de profundidad el estudio es descriptivo porque describe la realidad que hoy en día se está presentando porque nuestro objetivo es recopilar la situación a como es.

Se enmarcó en el enfoque teórico metodológico del interaccionismo simbólico que atribuye una importancia principal a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea. Sus fuentes o la disciplina de procedencia del método es la sociología (Blúmer, 1982.p. 6).

Este enfoque sostiene que el significado que una cosa encierra para una persona es el resultado de las distintas formas en que otras personas actúan hacia ella en relación con esa cosa. El Interaccionismo simbólico considera que el significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan (Blúmer, 1982, p.4).

Blúmer, citado por Fasce (s/f), retomó en consideración que el Interaccionismo simbólico descansa en tres supuestos fundamentales, el primero es que los hombres se relacionan con las cosas y con ellos mismos, de acuerdo con los significados que tienen para ellos. El segundo supuesto es el que esos significados se derivan o surgen en el proceso de interacción

social. Y el tercero el de que la utilización y modificación de esos significados se produce a través de un proceso activo de interpretación de la persona al tener que vérselas y tratar con los objetos de su entorno. De aquí se deduce que la identidad personal surge a través de un proceso social (1973, p.8).

4.3. Población

Mujeres embarazadas e instituciones que apoyan las dos casas maternas 15 mujeres embarazadas, 2 responsables de las casas maternas, y 2 representantes de la instituciones para un total de 19 personas en estudio.

4.4. Lugar seleccionado

El estudio se realizó en dos casas maternas ubicadas en el barrio Sol de Libertad del municipio de Siuna.

4.5. Grupo seleccionado

Mujeres embarazadas que se albergan en las diferentes casas maternas, responsables del albergue, instituciones que apoyan como, MINSA, Alcaldía Municipal y movimientos de mujeres.

4.6. Unidad de análisis

La unidad de análisis comprende a las mujeres embarazadas albergadas en las dos casas maternas.

4.7. Observación

La observación se realizó en las casas maternas donde se albergan las mujeres embarazadas donde se evidenció las condiciones del estado actual de la infraestructura, equipamiento y condiciones.

Durante la recogida de datos, éste método significó un proceso para indagar a las personas de estudio al momento que se realizaron las entrevistas, se logró contemplar la vida social antes y después del parto y el significado de las casas maternas para estas mujeres.

4.8. Descriptores

Los descriptores del estudio se mencionan a continuación:

- Caracterización de las mujeres embarazadas que asisten a las casas maternas
- Realidades socioeconómicas de las casas maternas
- Acciones de mejora de las casas maternas.

4.9. Criterios de selección, inclusión y exclusión

Inclusión: En este estudio se incluyeron a las mujeres embarazadas que se albergan en la casa materna, Alcaldía porque es la institución que provee económicamente, y Ministerio de Salud por brindar la atención médica a las mujeres embarazadas.

Exclusión: Se excluyen a las mujeres embarazadas que no son albergadas en las casas maternas ubicadas en el barrio Sol de Libertad.

4.10. Fuente y obtención de información

Fuentes primarias: Mujeres embarazadas e instituciones, representante de la Alcaldía municipal, representante del Ministerio de Salud y responsables de las casas maternas.

Fuentes secundarias: Libro, folletos e internet.

4.11. Técnicas e instrumentos

Entrevistas estructurada

Los principales métodos utilizados para la recopilación de datos, es la entrevista, observación y revisión documental, la principal técnica que se aplicó fueron las entrevistas individuales a mujeres embarazadas y representantes de las instituciones que apoyan el funcionamiento de las casas materna.

La guía de entrevista individual, tuvo como propósito obtener información de los informantes claves sobre las condiciones de las casas maternas.

La técnica de la observación fue una actividad importante que predominó durante el proceso de la investigación. Permitió conocer el estado de la infraestructura donde se albergan las mujeres gestante, el contacto directo de las tareas cotidiana que ejercen, el ambiente en el que las mujeres viven, la atención que reciben las embarazadas por las responsables de las casas y enfermeras.

La revisión documental, nos permitió revisar el registro de las mujeres embarazadas, el estado de gestación y sus acompañantes elementos para el análisis que permite comparar lo dicho en la entrevistas.

4.12. Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó según las siguientes fases.

Primera fase: Se visitó el lugar de estudio para solicitar permiso y conocer la disponibilidad de las mujeres para brindar información de realizar la investigación con el apoyo de las personas involucradas.

Segunda fase: Se aplicaron las guías de entrevistas a las mujeres embarazadas y representante del MINSA y

representante de la Alcaldía, la observación se dió en todo el proceso de la investigación.

Tercera fase: Revisión y ordenamiento de información obtenida por entrevistas y observación, de acuerdo con los objetivos para luego ser comparada con la teoría y elaborar el informe final.

4.13. Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se realizó mediante los siguientes pasos: Transcripción de la información recolectada en las entrevistas y observaciones.

Posteriormente se procedió ordenar la información por técnica, objetivos y descriptores del estudio, de manera manuscrita o manual.

Se identificaron informaciones primarias y secundarias que nos ayudaron a ordenarla de manera lógica y de mayor relevancia.

4.14. Análisis de la información

Una vez realizado el procesamiento de la información recolectada en el campo, se procedió al análisis de resultados, tratando de interpretar o detallar con mayor profundidad cada uno de los resultados encontrados, para finalmente elaborar la redacción del informe final.

4.15. Matriz de descriptores

Objetivos	Descriptor es	Preguntas orientadas	Técnicas	Fuente
Caracterización de las mujeres embarazadas	Caracterización de las mujeres embarazadas	¿Cuál cree usted que es la edad adecuada	Entrevistas y observación	Responsable de la casa materna,

<p>as que asisten a las casas maternas del municipio de Siuna.</p>	<p>as que asisten a las casas maternas del municipio de Siuna.</p>	<p>para tener hijos?</p> <p>¿Cree usted que se puede tener hijos a cualquier edad?</p> <p>¿Cuáles son las edades que visitan más las casas maternas?</p> <p>¿De cuánto es la capacidad de la casa materna para albergar embarazadas?</p> <p>¿Cuál es la misión y visión de las casas maternas?</p>	<p>ción directa.</p>	<p>mujeres embarazadas, representantes de instituciones.</p>
--	--	--	----------------------	--

		<p>¿En que condiciones se encontraba la casa materna al momento que inicio?</p> <p>¿Cree que es un problema que las adolescentes son las que más visitan las casas maternas?</p>		
<p>Describir la realidad socioeconómica de las casas maternas del municipio de Siuna</p>	<p>Realidad socioeconómica de las casas maternas del municipio de Siuna</p>	<p>¿Cuáles son las condiciones que deben tener las casas maternas?</p> <p>¿Qué condiciones ofrecen las casas maternas?</p>	<p>Entrevistas y observación directa.</p>	<p>Respuesta de la casa materna.</p>

		<p>¿Cree usted que las condiciones de las casas maternas están en perfecto estado?</p> <p>¿Cuáles fueron los servicios que empezó a ofrecer la casa materna?</p> <p>¿De qué forma han contribuido o las instituciones del estado para que las casas maternas cuenten con buenas condiciones?</p>		
--	--	--	--	--

<p>Proponer acciones de mejoras en las casas maternas.</p>	<p>Acciones de mejoras en las casas maternas</p>	<p>¿Qué solicita al gobierno municipal para un mejor funcionamiento de las casas maternas?</p> <p>¿Qué estrategia considera que sería conveniente para que las dos casas maternas presentes las mismas condiciones?</p> <p>Usted como responsable ¿Que le aconsejaría a las mujeres embarazadas que aun no</p>	<p>Entrevistas y observación directa.</p>	<p>Respuesta de la casa materna.</p>
--	--	--	---	--------------------------------------

		han visitado las casas maternas? ¿Qué sugiere para mejorar y presentar iguales condiciones en las casas maternas?		
--	--	--	--	--

V. RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. Caracterización de las mujeres embarazadas que asisten a las casas maternas

Los resultados muestran que las mujeres albergadas en las casas maternas durante el periodo en estudio, provienen de las zonas más alejadas del municipio y tienen grandes dificultades para que puedan recibir una atención médica durante el embarazo.

De acuerdo a los resultados encontrados en las entrevistas realizadas a embarazadas se evidencia que la mayoría de las mujeres que visitan las casas maternas son jóvenes en edades de 17 a 19 años de edad, lo que viene a preocupar a las autoridades del municipio de Siuna y las instituciones que apoyan las casas maternas. Este resultado se relaciona con lo que menciona Mora (2011), los embarazos de adolescentes entre 13 a 17 años es cada vez más frecuente.

La responsable de la casa materna expresó que esta situación se presenta porque la juventud actual vive de una manera desenfrenada, sin tener control de su vida, tienen acceso a ver los programas de televisión, los videos musicales que tienen contenido sexual, lo que provoca tener curiosidad por experimentar a temprana edad sin tener las precauciones correspondiente de cómo es usar el preservativos ante una relación sexual.

Esto se relaciona con Mora (2011), donde expresa que la televisión, los comerciales, la música y hasta los nuevos dibujos animados, tienen un fuerte contenido sexual que subliminalmente y a veces directamente incitan a los jóvenes y niños a sostener relaciones sexuales.

El índice de jóvenes adolescentes embarazadas a temprana edad es una problemática vivida en nuestro país, tanto varones como mujeres no están haciendo uso de los métodos anticonceptivos y tomando la sexualidad con responsabilidad para no tener embarazo a una edad prematura.

Un dato relevante encontrado en la revisión documental de las edades de la embarazada se evidenció una adolescente con 14 años de edad, en estado de embarazo producto de una violación situación que es lamentable para muchas adolescentes que viven una vida de tristeza, desamparo, rebeldía por dicha violación. Sin embargo tienen que llevar a término su embarazo. Esto se relaciona con lo que expresa Espinoza (2012) que las niñas y adolescentes que quedan embarazadas a con secuencia de una violación son obligadas a llevar a términos embarazos impuestos, lo cual a menudo los hace caer más en la pobreza.

Una mujer embarazada albergada en la casa materna número uno expresó, *“En la actualidad las mujeres salen embarazadas desde los 14 años, aunque años atrás según su cultura las mujeres tenían que tener hijos o hijas a los 30 años”*

Esto se relaciona con lo que expresa Velsid (2006), existen posturas con respecto al tema, de cuál es la edad idónea para tener un hijo, recientemente un estudio inglés aseguraba que la edad más adecuada era a partir de los 30 años, según este estudio a partir de esta edad es cuando se alcanzan plenas condiciones físicas.

Una entrevistada expresaba, que las edades para tener hijos pueden ser de los 20 años en adelante, manifestaba que no es conveniente que la mujer salga embarazada a los 30, debido a que corre más riesgo de lo normal. Esto lo podemos asociar con lo que dice Velsid (2006), donde adoptan diferentes posiciones al respecto, como que la edad óptima es a los 20 años.

Responsable de la casa materna numero dos expresó lo siguiente, *“La edad para tener hijo debe ser de los 20 hasta los 30.”*

Las edades para tener hijos e hijas no se puede definir, porque hay muchos factores por los que las mujeres salen embarazadas, uno es la aparición temprana de la menstruación, a veces las jóvenes que tienen relaciones sexuales a temprana edad sin pensar las consecuencias y de ahí viene un embarazo que no era esperado, otro factor es la desintegración familiar; lo que conlleva que las adolescentes por la situación emocional que se encuentra puedan darse casos de embarazo a cualquier edad ya sea porque los padres se separaron, formen otras familias, tengan otros hijos y por sentirse solas y buscar afecto en otras personas, lo que permite tomar decisiones equivocadas para su vida.

También se puede dar por las relaciones precoces, la libertad sexual, la búsqueda de una relación, otras circunstancias pueden ser la prostitución, violación a mayores o adolescentes, también se puede dar en personas con problemas mentales u otros es por esto que no hay una edad específica en la que una mujer salga embarazada.

Incremento

En entrevista realizada al director de El Ministerio de Salud (MINSa) Siuna, dice que desde el inicio del año 2015 hasta la actualidad se ha presentado un incremento de 50% de adolescentes embarazadas esto coincide con lo que menciona Mora (2011), en los últimos tres años se ha registrado un incremento de embarazos en adolescentes provenientes de diferentes partes de los municipios de Nicaragua.

El Ministerio de Salud manifestó que la violación a menores está desenfrenada, en las casas maternas son frecuentes las visitas

de estas jóvenes víctimas de violencia lo que viene afectar grandemente la economía de estas, el peor caso es que esto queda impune, a veces ellas no quieren tener a estos bebés pero tienen que llevar a término su embarazo ya que es prohibido el aborto esto lo relacionamos con lo que dice Espinoza (2012), la violencia sexual está desenfrenada y es subregistrada en esta región, la mayoría de los perpetradores quedan impunes y las tasas de embarazos en la adolescencia y de mortalidad materna son drásticamente más alta que el promedio nacional.

El director del MINSA manifestó que las complicaciones del parto, puerperio es una de las causas de muerte en las mujeres de 15 a 17 años, en nuestro municipio se han presentado complicaciones de estas, en la casa materna número dos en los meses de febrero, marzo y mayo hubieron tres muertes de niños en madres adolescentes a causa de que son menores de edad y no visitan a tiempo las casas maternas, esto se relaciona con lo que expresa De la Cuesta (2012), las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son una de las cinco causas principales de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en América Latina. Pero aunque hay un consenso sobre sus implicaciones para la vida y salud de la mujer, se han levantado voces, críticas.

Expresaba que en las menores de edad suele darse más complicaciones porque el cuerpo de esas embarazadas no está apto para reproducir pero que es evidente que entre 15 y 19 años es donde se está dando más embarazos y que por eso motivo suelen darse muertes maternas. Esto se relaciona con lo que expresa De la Cuesta (2012), las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son una de las cinco causas principales de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en América Latina.

Según los resultados las mujeres gestantes que se albergan en las casas maternas del municipio de Siuna, expresaron conocer los métodos anticonceptivos, pero aun así salen embarazada y

esto viene a incrementar los embarazos en niñas y adolescentes. Esto se relaciona con lo que expresa Mora (2011), las muchachas aseguran conocer de métodos de prevención, pero aun así dicen que jamás pensaron que podrían salir embarazadas.

Las jóvenes en la actualidad no viven la sexualidad de una manera responsable, piensan que tener relaciones es solo satisfacer una curiosidad y que no tendrá consecuencia, no tienen presente el riesgo que tienen al tener un embarazo no adecuado por su edad, porque su cuerpo no está preparado para recibir un bebé.

Las entrevistadas manifestaban que el embarazo en menores o adolescente es un problema que afecta a la sociedad cada día aumenta la cantidad de adolescentes embarazada, siendo una carga más y como consecuencia de descuido que pasa en cualquier familia o por pensar que tener relaciones sexuales sin protección una vez la mujer no va a salir embarazada. Esto se relaciona con lo que expresa De la Cuesta (2012), el embarazo en la adolescencia es visto con alarma social que se refleja en medios de comunicación como prensa y televisión. En la calle el tema tiende a tratarse de una perspectiva medicalizada o paternal, se va construyendo como una eventualidad inexplicable que puede ocurrir en cualquier familia es algo que atañe, directa o indirectamente.

Consideran que el embarazo es algo normal y que es parte de los cambios en su vida, cambios en la conducta humana tanto para el hombre como la mujer porque de acuerdo a nuestras tradiciones surgen los matrimonios porque dicen que ya no es responsabilidad de los padres si no de pareja. Esto se relaciona con lo que expresa Ramírez (2011), en nuestro medio sociocultural el embarazo adolescente ha emergido como objeto y se ha configurado como problema social en los últimos 40 años. Tradicionalmente entre nosotros, las estrategias

matrimoniales, las uniones, y los embarazos, resultan habituales entre las mujeres con edades entre los 14 y 19 años, tienen lugar incluso a edades más tempranas y sin embargo cuando son socialmente reprobados no se los juzga por considerarlos prematuros.

Las embarazadas mayores de 30 años manifestaban que ellas salen embarazada no por descuido, sino porque su marido les dice que deben tener los hijos que Dios les dé porque así está escrito en la biblia. Esto se relaciona con lo que expresa Ramírez (2011), la iglesia afirma la libertad de las personas, la libertad del católico para decidir sobre el número de hijos, pero cuestiona las campañas de planificación, considerándolas expresión de una mentalidad contra natalista que interfiere en el ejercicio del libre albedrío de los conyugues.

Las embarazadas expresaron que el problema de economía tiene que ver mucho con los embarazos no todas cuentan con las condiciones necesarias para el desarrollo personal porque es difícil en estos tiempos mantener a un hijo con la situación económica que actualmente se vive, pero aunque sea un embarazo no planificado esto se convierte en un factor de felicidad para los padres. Esto se relaciona con lo que expresa Ramírez (2011), la pobreza tiene que ver, en este sentido, con la ausencia de condiciones para que prospere una racionalización de la vida sexual y reproductiva al servicio de los ideales de desarrollo personal vinculados a la vida profesional.

En la observación y entrevista realizada se pudo constatar que la mayoría de las mujeres embarazadas que se albergan en las dos casas maternas existentes en nuestro municipio son adolescentes de 17 a 19 años, lo que es de preocupación debido a que esto viene aumentar más la pobreza porque son jóvenes que no cuentan con un nivel educativo, ni con empleo para hacerse cargo de un bebé, es decir que los embarazos en

mujeres adolescentes han incrementado en un 50% en los últimos dos años.

Estado Civil

Las mujeres gestantes expresaron encontrarse solteras porque su pareja las abandona al momento de enterarse que ellas están embarazadas por lo general cuando la mujer es adolescente o menor de edad el padre del bebe que está en camino tiene que responsabilizarse, unirse o contraer matrimonio y eso provoca que la mujer quede soltera. Esto se relaciona con lo que dice Ramírez (2011), en general, la solución tradicional a un embarazo “ilegítimo” es el matrimonio, sin embargo la presión y las posibilidades objetivas de ofrecer o imponer esa circunstancia varían de acuerdo con la región y el sector social dentro de ellas.

Una entrevistada de la casa materna número uno dijo:

“El estado civil de las mujeres depende de lo que piense la sociedad porque hay jóvenes que se casan cuando están embarazadas por temor a lo que diga la sociedad, tiene que ver mucho la cultura de su familia porque cuando las jóvenes empiezan su embarazo se tienen que casar”

Esto se relaciona con lo que dice Salazar (2008), el estado civil depende de la idea que tengan la mujer y la sociedad sobre la función de la primera. En una sociedad tradicional se encontrarán madres adolescentes casadas. En una sociedad donde la mujer normalmente se incorpore a la vida laboral encontraremos madres adolescentes solteras.

Una madre adolescente de la casa materna numero dos expresó, *“Ser madre adolescente puede traer consecuencia, porque a veces las madres adolescentes las casan y esto trae a*

la violencia, maltrato, abandono con hijos, divorcios, y esto viene a perjudicar tanto al hijo como a la madre”.

Esto lo podemos asociar con lo que dice Salazar y Arango, (2008), donde en algunos casos ser madre adolescente puede ocasionar un matrimonio a la fuerza, hecho que suele afectar negativamente a la adolescente y su pareja. Puede ser el inicio de conflictos, rechazo y recriminaciones, que más adelante terminan en separación, divorcio e inestabilidad emocional, sin mencionar los perjuicios para el hijo.

Aun después del embarazo predominan las madres solteras, hay mujeres que después del embarazo se casan pero no es mucho el cambio que hay porque pueden ser dos o tres las que contraen matrimonio y solo uno religioso, esto lo podemos asociar con Salazar (2008), que expresa después del embarazo la mayoría de madres solteras cambian de estado civil, si se tiene en cuenta el actual, ya que como se dijo solo tres madres solteras cambian de estado civil durante la gestación. Lo cual indica que el embarazo adolescente en esta población no predispone un cambio de estado.

En observación realizada en la visita a las casas maternas se encontró que en la actualidad la mayoría son madres adolescente solteras, en el estudio realizado a las 15 mujeres albergadas y entrevistadas en las casas maternas del municipio de Siuna 6 son acompañadas, se dividen en matrimonio religioso, civil o unión libre, es decir que nueve de estas mujeres son solteras donde predominan más las solteras esto se relaciona con lo que expone Salazar (2008) aunque el solterismo sea el estado civil mayor, se ve que el 66% de las madres adolescentes actualmente están unidas en una u otra forma, de las tres mujeres que contrajeron matrimonio religioso solo dos continúan con su matrimonio y una está separada en la actualidad.

Se observó que estas madres embarazadas adolescentes se encuentran acompañadas de sus familiares, como son su mamá, tías, abuelas y parteras, en lo que se detalla que solo 6 de estas mujeres se encontraban acompañadas de su pareja, y estas no son madres adolescentes, son mayores de 25 y con dos o tres hijos.

Se constató que el estado civil de las futuras madres que se albergan en las casa maternas 1 y 2 en su mayoría son madres adolescentes solteras, que no cuentan con el apoyo de los padres de sus hijos y esto implica mucho debido a que tienen que buscar la manera para criar a sus hijos.

Procedencia

En nuestras entrevista se comprobó que las mujeres embarazadas que se albergan en las casas maternas son procedente del área rural de comunidades muy alejadas de nuestro municipio, como Siquilta, el Limón, el Naranjo, el Carao, Come Negro, Alamikamba, las Quebradas y principalmente son muchachas que salen a temprana edad con un embarazo no planificado, en su mayoría no cuentan con el apoyo económico, emocional y social del padre del bebé lo que conlleva a esta joven a buscar alternativas para mantener a este nuevo miembro de la familia donde culturalmente ha sido así, la mujer brinda la manutención de los hijos.

Esto se relaciona con lo que expresa Cortez (2008), las casas maternas que operan bajo la gestión de una organización comunitaria, son un centro alternativo que provee albergue, alimentación, actividades educativas a mujeres embarazadas originarias de comunidades rurales pobres y alejadas de los servicios de salud, tanto antes del parto como después del mismo.

Actualmente las dos casas maternas atienden a las mujeres embarazadas de todas las comunidades de nuestro municipio, brindándoles el servicio de hospedaje y alimentación gratuita, se cuenta con el proyecto de Mesoamérica que es dar un bono efectivo a las mujeres procedentes de las comunidades para la ayuda de su pasaje al destino nativo, y así motivarlas que insten a las demás mujeres a visitar las casas maternas. Esto con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal.

Etnia

En las entrevistas se evidencio la presencia de mujeres mestizas, mayagnas, y miskitas, se encontró que de las quince mujeres estudiadas la mayoría de estas son mestizas, con una representación de la etnia miskitas y mayagnas en menor asistencia. En el ámbito de la salud, este estándar mínimo se expresa en promover, reconocer y garantizarlos derechos de los pueblos indígenas para: a) alcanzar y mantener el nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación a una atención adecuada, pertinente y de calidad.

Las mujeres misquitas y mayangna planteaban que no visitan las casas maternas porque sus tradiciones son diferentes ya que cuentan con parteras u otros conocimientos y creencias de su lugar, pero en el caso de las que encontramos, expresaban que llegaron ahí porque sus madres y compañeros de vida se lo pedían para tener un parto seguro y no provocar un embarazo que más tarde le podía traer consecuencias.

La mayor parte de los instrumentos internacionales concuerdan en la eliminación de todas las formas de racismos y discriminación, pero no fue así hasta que se reconocieron los derechos de los afro descendientes a: la cultura y a la propia identidad; a participar libremente y en igualdad de condiciones en la vida política, social, económica y cultural. **(Oyarce, 2010, p. 16)**

Desde nuestra perspectiva sería importante motivar más a las mujeres de otras etnias a visitar las casas maternas para que tengan conocimiento de la importancia que es estar cerca de un centro de salud, que conozcan los temas de discusión que les brindan en la casas maternas, para el cuidado de sus bebés, planificación familiar, violencia intrafamiliar entre otros, así compartir más con estas diferentes etnias y adquirir conocimientos que sirvan de ayuda para todas. Conocer las costumbres y vivencias de las diferentes etnias en el cuidado de los bebés y como se cuidan después del parto.

5.2. Realidades socioeconómicas de la casa maternas

Infraestructura

Según las entrevistas realizadas al gobierno local y al Ministerio de Salud (MINSA) las casas maternas deben presentar buena infraestructura empezando por la instalación y ubicación de la construcción, si está en buen estado, si tiene la capacidad de albergar a cierta cantidad de embarazadas más los acompañantes que están pendiente de la llegada del bebé revisar que no haya peligro en los alrededores para ellas que no vaya a suceder un accidente que produzca un hecho lamentable porque el objetivo es que ellas estén en un lugar adecuado y no someterlas a peligro. Esto se relaciona con lo que expresa Pascal (1999), las condiciones que debe brindar una casa materna es una buena infraestructura que sea según la realidad local, la comodidad y seguridad de las usuarias ante situaciones de emergencia: terremoto, lluvias, inundaciones, huaycos, bajas/altas temperaturas.

Por lo tanto las casas maternas debe ser un lugar que preste las condiciones adecuadas empezando por el lugar, si la casa está en un lugar que lo amerite que no hay peligro es decir que no les vaya a pasar algo, que la casa este en buen estado de forma

que se ofrezca un servicio de calidad que ayude a la reducción de la mortalidad.

Con la observación se evidencio que la casa materna número uno no cuenta con las condiciones adecuadas y servicios para el buen funcionamiento de las misma esto referente a (cocina de leña, hay ausencia de un baño, los servicios higiénicos se encuentran en mal estado peligrando la saluda de las mujeres embarazadas, no se cuenta con el servicio del agua potable tienen que trasladar el agua para sus necesidades desde un pozo arriesgando su estado de gestación.

Contrario a la casa materna numero dos se encuentra con una infraestructura conforme a las necesidades de las mujeres, pues presenta en buen estado la cocina, los servicios higiénico son dentro de la casa, tienen jardín, cuentan con el servicio de agua potable y almacenamiento de agua.

Ambiente físico

Según las entrevistas realizadas a las mujeres embarazadas en resultados encontrados la casa materna no. 1 desprende mal olor que es permanente, provoca mal aspecto de presentación a la casa materna en cuanto a la infraestructura, referente a la salud perjudica a las embarazadas durante su estadía por la contaminación del ambiente en el que viven tanto para ellas como para los recién nacidos, los animales depredadores cerca de la casa maternas, las aguas negra de los desperdicios de alimentos de las casas particulares linderas a esta casa albergue, este ambiente produce inestabilidad, desesperación en las gestantes y sus acompañantes lo cual no es recomendable para la salud de la embarazada y el recién nacido de respirar las 24 horas del día este mal olor.

El ambiente de la casa materna no. 2 donde conviven las mujeres embarazada es agradable para las gestantes y sus

bebé, pues cuentan con espacios amplios y seguros, se mantiene limpio, las mujeres embarazadas y los acompañantes cooperan con la limpieza de la casa para que esta tenga una buena presentación, y el ambiente sea saludable para las personas que se encuentren en esta casa.

Esto se relaciona con lo que expresa Pascal (1999), las casas maternas deben brindar condiciones necesarias para la atención y albergue de las mujeres en estado de embarazo, estas condiciones deben contar con infraestructura que sea según la realidad local, la comodidad y seguridad de las usuarias ante situaciones de emergencia: terremoto, lluvias, inundaciones, huaycos, bajas/altas temperaturas.

La casa materna número uno tiende a presentar más dificultades debido a que no se le ha dado un seguimiento permanente de la atención que se le debe garantizar a las mujeres embarazadas proveniente de las comunidades más lejanas de nuestro municipio, de estar atento a cada problema que surja y así darle respuesta ya que las usuarias visitan las casas maternas porque ellas en su comunidad natal no cuentan con las condiciones necesarias para atender su periodo de embarazo y buscan refugio en estos albergues para priorizar un parto adecuado y no correr riesgo de perder al bebé.

Equipamiento

Según los resultados encontrados en cuanto la opinión de las mujeres embarazadas los equipos con los que cuentan las casas maternas son los siguientes para la casa materna no. 1 cuenta con camas, sillas, televisor, equipo de sonido, cuentan con cocina de gas pero no la utilizan, pues prefieren la cocina de leña por las costumbres de las gestantes, no cuentan con roperos para el resguardo de sus pertenencias.

En cambio la casa materna no. 2 cuenta con baños dentro de la casa, con lavaderos, camas, ropero para el resguardo de su ropa, sillas mecedoras, silla de plásticos, televisor, ropa de cama, bancas para las áreas verdes, las luminarias están en buen estado. Esto se relaciona con Pascal (1999), donde expresa que las casas maternas deben tener condiciones como dormitorio, guardarropa o ropero, velador, cama y colchón de 1 ½ plaza, ropa de cama según costumbres de la zona, baño o letrina, inodoro, ducha, lavaderos y/o tinas.

Se constató que la casa materna no. 1 se encuentra con más limitantes para las embarazadas en años anteriores fue la que inició en apoyar a las embarazadas

Entrevista realizada a responsable de la casa materna No. 1 expresó:

“En años anteriores la gestión para los servicios de las mujeres gestante era mejor que actualmente, pues poco a poco han disminuido los servicios que ofrecían, ahora no hay articulación con instituciones e incluso con organizaciones no gubernamentales como visión mundial que apoyaba con charlas con temáticas sobre violencia, salud sexual y reproductiva, talleres de manualidades y tejido.”

Esto se relaciona con lo que expresa Rodríguez (2003), el interés del monitoreo debe estar centrado en cómo mejorar la gestión del albergue, por lo que no se debe buscar culpables, sino identificar los problemas para discutir posibles soluciones y así alcanzar la sostenibilidad del albergue.

En años anteriores la atención de la casa materna número uno era mejor, ofrecía diferentes actividades recreativas en la que las mujeres suelen distraerse y no aburrirse, a la vez permitía acercamiento entre ellas y cultivar amistad entre las gestantes de diferentes comunidades, mediante esta estrategia es decir

antes presentaba mejores condiciones porque con el tiempo la atención y la satisfacción en ellas ha disminuido.

En entrevista realizada a la responsable de la casa materna No. 2 expresó

“Actualmente se cuenta con todo el equipamiento necesario para darle alojamiento seguro a las gestantes de las diferentes comunidades que visitan las casas maternas y cuentan con buen estado para brindar respuesta a la demanda de las embarazadas, se realiza inventario diario que permite conocer las dificultades diarias y dar respuesta de inmediato.”

Esto se relaciona con lo que expresa Rodríguez (2003), la encargada del albergue debe mantener al día un cuaderno de reporte diario donde sintetice cuantas mujeres estuvieron alojadas cada día, cuál es su condición: gestante o púerpera, si hubieron ingresos o egresos, que otras actividades se desarrollaron ese día: talleres, charlas, reuniones, así como cualquier suceso importante dentro del albergue.

La entrevista realizada al director del Ministerio de Salud (MINSA) expresó que la casa materna número uno requiere de acompañamiento para estabilizar las atenciones que anteriormente se brindaban pues se conoce que la casa materna Paula Mendoza Vega fue la primera que surgió en nuestro municipio con la iniciativa de ayudar a las mujeres embarazadas de escasos recursos económicos previniendo así las muertes maternas con diferentes equipamientos que ofrecía entre ellos: transporte para las embarazadas, ropa para el bebe, para ellas entre otras cosas, por lo tanto es necesario identificar los problemas para darle solución y así garantizar el bienestar social en cuanto a la casa materna no. 2 expresó que cuenta con equipamiento necesario y en buenas condiciones ya que esta reciente que solo hay que darle seguimiento para que no deje de ofrecer las condiciones con las que cuenta hasta el momento.

Esto se relaciona con lo que expresa Rodríguez (2003), el albergue, al ser un proyecto donde se involucran a múltiples actores y a la vez al estar integrado dentro de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, se debe establecer un plan de monitoreo y evaluación permanente, que permita al Comité de Gestión adoptar las medidas oportunas para mejorar el servicio prestado a la comunidad.

Mediante las técnicas aplicadas se constató que la casa materna no. 1 cuenta con equipos necesarios para brindar alojamiento, pero hace falta mejorar los servicios para la satisfacción de las embarazadas pues la mayoría son de comunidades muy alejada del municipio que necesitan atención de calidad en los centros de salud, equipado tanto para las usuarias y su acompañante pendiente de los últimos días de espera de la embarazada. En cambio la casa materna no. 2 como es reciente y tiene poco de estar ofreciendo sus servicios todo está en buenas condiciones y cuentan con recursos necesarios para una buena atención a las gestantes.

Según las entrevistas realizadas al personal de la alcaldía municipal expresaron que las casas maternas cuentan con equipo necesario para atender a las mujeres en estado de embarazo y después del embarazo mientras se les da de alta entre ellos: sillas mecedoras , televisor, equipo de sonido, cocina etc. Esto como restitución de derechos a las mujeres embarazadas de los diferentes lugares de la región que visitan las casas maternas el cual se le da seguimiento y monitoreo a las casas maternas para el bienestar y satisfacción de las gestantes.

Esto se relaciona con lo que expresa Pascal (1999), El equipamiento de los ambientes de la Casa Materna formará parte de la iniciativa de cada región teniendo en cuenta su realidad local, sin embargo, se deberá cumplir con condiciones mínimas tal y como se menciona a continuación: Ambiente para

uso múltiple, bancas, sillas o sillón con espaldar, Equipos audiovisuales adaptados a la realidad local (Televisor, radio, DVD, según el caso), telares o algún otro mobiliario para que la gestante pueda desarrollar alguna actividad, Comedor, Mesa con sillas/bancas (mínimo para 4 personas), armario para guardar servicios, refrigeradora, cocina mejorada/cocina a gas con balón.

Atención médica

Según entrevistas realizadas a mujeres embarazadas que se albergan en la casa materna número uno expresaron que deciden quedarse ahí porque tienen la oportunidad de recibir la asistencia médica diaria, aparte de eso dijeron que les quedaba más cerca el hospital por cualquier emergencia ya que en el lugar donde ellas viven no hay un centro de salud porque son comunidades lejanas y no cuenta con atención médica permanente para ir valorando el crecimiento y desarrollo del bebe. Esto se relaciona con lo que expresa Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (2008), Coordinar con las unidades de salud del MINSA la atención y valoración sistemática de las mujeres embarazadas que se albergan en las casas y la atención del parto y puerperio inmediato.

Una de ellas expresó lo siguiente, *“Me vengo aquí porque a diario están pendientes de mi embarazo y eso es bueno para mí. Porque donde yo vivo no puedo tener cuidados.”*

Otra entrevistada manifestó, Con mi embarazo anterior me vi muy mal, pues hasta que estaba por aliviarme me vio un médico porque no podía venir al pueblo.

Las mujeres embarazadas que se albergan en la casa materna número uno deciden ubicarse ahí porque el hospital les queda más cerca y creen q están más seguras ahí por cualquier emergencia que se les presente en un dado caso para que no haya complicaciones en el parto.

Las mujeres embarazadas de la casa materna número dos expresaron que asisten a las casas maternas porque cuentan con asistencia médica gratuita y permanente, les hacen valoraciones del crecimiento del bebe para que el parto sea adecuado aunque este más largo que la otra casa materna siempre les dan atención y están atentos por cualquier emergencia.

Las mujeres que se encuentran en la casa materna número dos también son atendidas por el personal de salud, cuentan con una enfermera permanente donde diario las revisa les da charlas de diferentes temas como: planificación familiar, cuidado del bebe, lactancia materna entre otros temas que ayudan a la estadía de las embarazadas.

En entrevista realizada a las responsables de la casa materna expresaron, *“El Ministerio de Salud (MINSA) es el responsable de velar por la atención diaria de las embarazadas en los últimos días de su embarazo para que todo salga bien.”*

Según las entrevistas realizadas a los gobiernos locales y al Ministerio de Salud (MINSA) el personal de salud es quien determina la salida de la gestante ellos deciden si se le da de alta o no a la gestante ya que todavía cuentan con la oportunidad de albergarse más días después del parto. Esto se relaciona con lo que expresa Rodríguez (2003), el personal de salud es quien determina el egreso de una mujer luego de la atención del parto. Sin embargo, la puérpera podría quedarse algunos días más en el albergue en situaciones de extrema necesidad a ser evaluadas por las responsables del Albergue e inclusive el o la médico/médica de referencia.

El director del Ministerio de Salud expresó, *“Las casas maternas deben ofrecer una alimentación balanceada y nutritiva que ayude al desarrollo y crecimiento del bebe tomando en cuenta*

las costumbres y tradiciones a las que pertenecen las embarazadas.”

Esto se relaciona con lo que expresa Pascal (1999), la casa materna debe ofrecer una alimentación balanceada y nutritiva valorando y utilizando los alimentos de la zona, estableciendo horarios de acuerdo a las costumbres locales y garantizando por lo menos cuatro comidas al día.

El Ministerio de salud es quien decida si se le puede dar de alta la paciente o no porque ellos saben si pueden contraer complicaciones o molestias después del parto más cuando se dan las cesáreas que es cuando se necesita de más cuidados. Es importante que las casas maternas ofrezcan buena alimentación esto ayudará al buen crecimiento del bebé que nazca sano y sin complicaciones y debe garantizar el abastecimiento permanente de manera que no tengan ningún inconveniente con la alimentación. Esto se relaciona con lo que expresa Pascal (1999), en este sentido, el Comité también deberá garantizar el abastecimiento continuo de alimentos en la Casa Materna, optando de acuerdo a sus posibilidades reales por alimentos provenientes de los programas sociales, alimentos propios de la zona u otros, suministrados por las propias usuarias de la Casa Materna y familiares.

Consejería o atención emocional

Las entrevistas realizadas a las embarazadas de las casas maternas expresaron que es un espacio es un espacio donde no solo se considera un lugar donde la gestante acompañada o no de sus familiares pueden esperar su parto además se convierte en un lugar donde se promueven prácticas de valores, comportamientos saludables a través de actividades educativas que se imparten con el objetivo de relacionarse entre ellas y vivir con tranquilidad durante los días que permanecen dentro del albergue.

Entrevistada de la casa materna numero 2 expresó lo siguiente, “La responsable de la casa materna siempre está al cuidado de nosotras, la Enfermera pasa todo el día aquí, y nos brinda diferentes tipos de charla, sobre maltrato familiar, como alimentar a nuestro hijos.

Una embarazada de la casa materna número uno, manifestó lo siguiente, “La visita de las enfermeras solo es una vez y viene de las dos a las tres y la responsable casi ni se mantiene aquí, solo viene a dejarnos la comida y se vuelve a ir, nosotras pasamos sola”.

Las casas maternas son un lugar donde se les debe atender con humildad, amor, confianza y motivación a las mujeres embarazadas porque las principales que se albergan son de la zona rural y son personas que tienen limitaciones a los servicios que ofrecen de salud el cual debe contar con la debida atención para que ellas no abandonen el albergue y que funcione como tal para lograr los objetivos propuestos que es disminuir el caso de muertes.

En entrevistas realizadas a las responsables de las casas maternas expresaron que su principal función para que las embarazadas se sientan en confianza en dicho lugar ellas les dan una bienvenida la presenta ante las demás embarazadas que ya están albergadas, le ayuda y le explica lo de las instalaciones las actividades que se promueven el cual consiste para que la gestante no abandone el lugar logrando la responsable la ubicación de la embarazada. Esto se relaciona con Ministerio de Salud (2005), cuando una nueva usuaria hace su ingreso en el Albergue, la persona responsable es la encargada de darle la bienvenida, mostrarle los ambientes, informarle del funcionamiento del albergue y ayudarla en su instalación. Por cada usuaria que ingresa al albergue debe llenarse un registro de mujeres alojadas. Todas las gestantes deben ser registradas sin ninguna excepción.

Las responsables de las casas maternas deben mostrar confianza, garantizar la estadía de las embarazadas que se van ingresando porque son las encargadas de velar por el bienestar de todas ellas, estar pendiente de lo que hace falta, detectar las dificultades que se van presentando durante el transcurso y lograr siempre la permanencia de ellas y que no abandonen el lugar antes de tiempo.

Las responsables de las casas maternas expresaron que promueven la práctica de valores mediante charlas educativas, les dan a conocer el funcionamiento en sí de las casas maternas que surge como una alternativa para erradicar las muertes maternas ya que en años anteriores el índice de muertes era mayor debido a la falta de atención y cuidado de las gestantes. Esto se relaciona con lo que expresa UNICEF (2008), dar a conocer a todo el personal permanente y voluntario las normas de la casa materna referida a la iniciativa de casas amigas de la mujer y la niñez para su debido cumplimiento.

En entrevistas realizadas a alcaldía Municipal, gobierno local y al Ministerio de Salud (MINSA) expresaron que las casas maternas proporcionan lo necesario donde se les brinda charlas educativas sobre planificación familiar, cuidado del bebé, lactancia materna que son temas que ayudan a la estabilidad y permanencia de ellas dentro de las casas maternas. Esto se relaciona con lo que expresa UNICEF (2008), motivar a las mujeres para el auto cuidado de su salud y la del recién nacido a través de acciones de información, educación y comunicación.

Es importante que se les dé a conocer a las mujeres embarazadas que visitan las casas maternas cómo funciona la casa materna, los beneficios que obtienen al albergarse pues recibe charlas educativas de planificación familiar, lactancia maternas lo que permite tener estabilidad y seguridad en su vida futura, estas embarazadas deben divulgar esta información en

su comunidades para que puedan visitar estas casas y estar preparada en su futuros embarazos.

5.3. Acciones de mejoras en las casas maternas

Para que se cumplan las condiciones establecidas en las casas maternas se debe existir un balance en las dos casas maternas de nuestro municipio, en cuanto a infraestructura, equipamientos y servicios que deben existir en las casas maternas. Las dos casas maternas deberían brindar los mismo servicios a las mujeres gestantes para que están puedan tener un embarazo a término con tranquilidad.

Infraestructura

La responsable de la casa materna No. 1, expresó:

“Que las instituciones que las apoyan cumplan con su función a su debido tiempo, ayuden a mejorar la infraestructura de esta casa, las organizaciones no gubernamentales que tienen algún proyecto de mujeres apoyen y las incluyan en su plan para así garantizar un mejor servicio a las mujeres embarazadas que visitan las casas maternas”.

Esto se asocia con lo que expresa Rodríguez (2003), para mejorar el servicio de las casas maternas los gestores privados o mixtos de las casas maternas cumplan mejor con sus funciones, dentro del modelo de corresponsabilidad con la sociedad civil. Los gastos corrientes mínimos de las casas maternas se debe incorporar en el presupuesto fiscal anual. Las alcaldías también pueden entregar una porción mayor de su presupuesto a las casas maternas.

El gobierno debe brindar más apoyo a las casas maternas para un mejor servicio y las mujeres de las comunidades se sientan satisfechas con la atención por ser de escasos recursos

económicos, que brinden apoyo técnico para las visitas a las casas maternas para ofrecer más conocimientos que sea de ayuda para mejorar los servicios que brindan.

Una mujer gestante entrevistada que visita las casas maternas expreso, *“Es importante que a las mujeres de las casas maternas las tomen como prioridad en el centro de salud u hospital porque a veces llegan y dilatan para atenderlas, y esto es de mucho riesgo tanto para ellas como para él bebe.”*

Es importante mejorar el servicio del agua porque es un vital liquido que a diario hacemos uso de él, así las mujeres embarazadas no caminen largo para buscar agua de los pozos arriesgando un accidente que las venga a perjudicar.

Ambiente

La responsable de la casa número dos planteaba,

“Se está implementando un biohuerto para que las mujeres se entretengan, sembrar y cuiden de él, expresaba que las mujeres que no tienen complicaciones en el embarazo, durante su estancia pueden trabajar ahí, debido a que hay unas que llegan desde antes a las casas maternas y mediante este proyecto sería de mucha ayuda para la economía y brindar un mejor ambiente en la casa materna”.

Esto se puede asociar con Deodato (2007), donde manifiesta que sugiere vincular a alguna actividad productiva a aquellas gestantes que requieren atención prolongada en las casas materna. La remisión de mujeres embarazadas rurales sin riesgo obstétrico está generando estancias largas en las casas maternas. La permanencia prolongada allí genera mucha ansiedad en las mujeres. Se sugiere seguir otras experiencias internacionales, como por ejemplo la de las llamadas “casas maternas de la seda” en, donde las gestantes trabajan en labores productivas relacionadas con la seda que las satisfacen.

Esta es una problemática y de acuerdo con lo que expresa Deodato (2007) planteamos que Sería recomendable instalar un sistema de calidad que comprenda la certificación, es decir que las casas maternas tenga valides para el ministerio de salud (MINSA), esto permitirá un mayor acercamiento entre el MINSA y las casas maternas, de modo que se asegure la capacitación continua de recursos humanos y el fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y monitoreo, así las mujeres de las comunidades rurales van a tener mayor motivación e interés para asistir a las casas albergues.

Equipamientos

La responsable de la casa materna número uno expreso:

“Que la casa materna cuenta con una capacidad limitada para cubrir un alto porcentaje de las mujeres embarazadas que la visitan, las mujeres de las comunidades rurales son las que asisten más a la casa, exponía que actualmente son 15 camas con las que se cuentan para ofrecerles a las mujeres y que a veces se le llena y tiene que acomodar dos en una solo cama, y buscar otro lugar para su acompañante, sería de importante que se equipe más para su mejor función

Esto lo podemos afiliar con lo que muestra Cortez (2008), las casas maternas funcionan con una capacidad limitada para cubrir un porcentaje aún de los partos esperados de mujeres provenientes de las áreas rurales. El factor de ruralidad determina el universo potencial de las casas maternas, considerando que son las mujeres que viven en zonas más alejadas y de difícil acceso a los servicios de salud las que eventualmente podrían considerar su utilización.

Declaraba que les ofrecen alojamiento, alimentación, charlas y seguimiento médico, el paquete básico a veces no alcanza para todas, se prioriza a las mujeres embarazadas pero exponía que

no le parece bien que los acompañantes tengan que buscar un lugar para ir a comer, porque después no van a querer hacer uso de la casa materna debido a esta situación esto coincide con lo que expresa Cortez (2008), todas las casas maternas ofrecen el paquete básico de alojamiento y alimentación, además de charlas de promoción de salud, actividad educativa, atención y seguimiento médico. Ocasionalmente se brinda el servicio de la ropa de maternidad que deberá ser usada durante la estancia en la casa materna. Las atenciones médicas en todas las casas maternas se realizan en coordinación con el MINSA. El paquete básico de hospedaje y alimentación es recibido por todas las mujeres albergadas, Sin embargo, la provisión de alimentos sólo es satisfactoria para un 60%.

Atención médica

Una mujer gestante entrevistada que visita las casas maternas planteó, *“Es importante que a las mujeres de las casas maternas las tomen como prioridad en el centro de salud u hospital porque a veces llegamos y dilatan para atenderlos, y esto es de mucho riesgo para nosotras como para él bebe”*.

Esto se relaciona con lo que dice Rodríguez (2003), se propone desarrollar un flujo grama de riesgo obstétrico que incluya a las casas maternas como parte de la red de actores involucrados en la atención directa de la salud materna.

La responsable de la casa materna número uno expresó:

“Que se aumente los recursos humanos según la demanda de las mujeres porque en esta casa la enfermera hace visita una vez al día solo una hora, los médicos no vienen diario, y hay muchas mujeres albergadas que necesitan ser atendidas y estar al cuidado de un médico u enfermera”.

Esto lo podemos asociar con lo que plantea Deodato (2007), Es necesario aumentar los recursos humanos y financieros de las cas maternas al ritmo de crecimiento de la demanda. El incremento en la demanda de parto institucional que se ha producido en los últimos años no ha sido acompañado por un aumento proporcional en la oferta, en términos de recursos humanos y financieros. Tal situación ha tenido implicaciones adversas en el funcionamiento de las casas maternas.

En la visita que se realizó al Ministerio de Salud, (MINSA) se observó que había muchas embarazadas adolescentes de diferentes comunidades y entre ellas las que se albergan en las casas maternas haciendo fila para recibir atención médica, para mejorar esto sería de calidad que priorizaran a las embarazadas principalmente a las de las casas maternas debido a que son de comunidades rurales que no cuenta con muchos recursos económicos para acudir a una clínica privada, o para cubrir sus gastos si se dan complicaciones durante su embarazo o puerperio.

Consejería

Para mejorar los servicios de las casas maternas es necesario capacitar a las responsables encargadas de las casas maternas para mejorar su desempeño en todos los aspectos ya sea administrativo, financiera así ellas se involucren más para conseguir alianzas con otras instituciones que les sirva de apoyo.

Al igual capacitarlas en los temas de promoción y prevención de salud, derechos de la mujer, género, métodos de educación, esto para aprovechar la oportunidad de la visitas de las mujeres y promover cambios en sus conocimientos. Esto lo asociamos con lo que plantea Rodríguez (2003) donde manifiesta que es necesario capacitar a los equipos técnicos de las CAM en promoción y prevención de salud, derechos, género, y métodos

de educación de adultos. Esto para aprovechar mejor las oportunidades que se presentan con las mujeres atendidas y promover su potenciación y cambio de actitud en temas de salud preventiva.

La responsable de la casa materna no. 2 expresó:

“Manifestaba que las charlas acerca de la salud son para priorizar la higiene personal en las mujeres embarazada, la lactancia materna como amamantar al bebe y para su cuidado, de la importancia que tiene él bebe en el registro civil, estas charlas y capacitaciones les ofrece conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual, como evitar el embarazo entre otros, estas charlas son brindadas por la enfermera del MINSA”.

Esto lo afiliamos con lo manifestado por Cortez (2008), los servicios de información, educación y capacitación en temas de salud preventiva priorizan la promoción y protección de la higiene personal, la lactancia materna y la nutrición, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar informada, la atención de los hijos y la importancia del registro civil del nacimiento. Algunas casas realizan acciones de educación y capacitación sobre enfermedades de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia adquirida, así como sobre temas de género, auto cuidado y autoestima.

Acciones de mejoras a las casas maternas

- Mejorar las condiciones básicas de infraestructura para la casa materna número uno, es decir que cumpla con los requisitos adecuados y necesarios con que debe contar una casa materna para albergar a las mujeres embarazado brindándole bienestar y seguridad.
- Sensibilización a la sociedad civil específicamente a las casas colindantes para la realización de mejoras en sus viviendas y

evitar los desperdicios de alimentos y aguas contaminadas provoquen mal olor en las calles y alrededor de la casa materna número uno.

- Construcción de una letrina o sumidero para uso necesarios de las mujeres de la casa materna.

- Dotar de nuevas camas para las embarazadas y sus acompañantes,

- Construcción de una pila o compra de barriles para almacenamiento de agua, para el uso de las necesidades básicas.

- Disponer de recursos humanos preparados para la atención médica a las embarazadas.

- Personal capacitado para brindar atención y consejería a las mujeres con charlas educativas.

- Establecer minibiblioteca con documentos de información para las mujeres embarazada tales como documentos de la ley 779 para que tengan conocimiento de esta, videos educativos sobre el tema de violencia y embarazos a temprana edad.

- Continuar con los talleres de manualidades, costura para las mujeres gestantes.

Esto coincide con Rodríguez (2003), donde expresa que para mejorar el servicio de las casas maternas los gestores privados o mixtos cumplan mejor con sus funciones, dentro del modelo de corresponsabilidad con la sociedad civil. Los gastos corrientes mínimos de las casas maternas se debe incorporar en el presupuesto fiscal anual. Las alcaldías también pueden entregar una porción mayor de su presupuesto a las casa materna y/o canalizar apoyo a proyectos de auto sostenibilidad mediante, la

concesión de microcréditos a las mismas. Otra alternativa sería establecer un tributo municipal (tasa, impuesto y/o contribución especial) para las casas maternas.

Local	Caracterización de las mujeres	Realidad socioeconómica de las casas maternas	Acciones de mejoras en las casas maternas
Casa materna 1	Las mujeres albergadas en esta casa, en el estudio fueron 5, de las edades 17 a 20 años, en su mayoría mestiza, 3% solteras, este mismo porcentaje tienen de 2 o 3 hijos, su mayoría no tienen ni un nivel académico.	Cuenta con una infraestructura deteriorada. No tiene baño. Letrina en mal estado. Cocina en malas condiciones. No cuentan con servicio de agua potable. Hay un ambiente desagradable. Poca iluminaria Cuenta con camas para dos personas. Camilla Sillas plásticas y mecedoras Televisor 32” La cocina de tropigas no está en uso Lavadero No hay enfermera	Sería de interés que las autoridades se den cuenta de la dificultad que tiene esta casa para que ayuden a mejorar, esto es de interés social como para instituciones y las personas ya que su objetivo es disminuir la mortalidad materna. A la responsable que cumpla con su

		La responsable no está estable Pocos traste de cocina	función ya que tiene que priorizar el cuidado de las embarazadas
Casa materna a 2	En esta casa materna la capacidad de mujeres albergadas es de 15, en el estudio que se realizó y durante la visita se encontraron 10, de las edades de 17 a 25 años, un 7% mestizas y 3% entre mayangna y misquitas, 9 de estas mujeres son solteras solo una acompañada un 5% tienen hasta el tercer grado.	Muy buena infraestructura Sala grande al igual el corredor Jardín. Tiene baño en buenas condiciones. Cuenta con un inodoro. Buen ambiente Buena iluminaria Camas matrimoniales para la embarazadas y su bebe Enfermera permanente Encargada de la casa siempre esta permanente. Hay sillas mecedoras, plásticas y bancas. Televisor de 40" Camillas.	

		Cocina de tropigas Pantry para lavar trastes Trastes de cocina. Lavadero. Bañera.	
--	--	--	--

Se observa que la casa materna número dos cuenta con mejores condiciones que la casa materna número uno, esto viene a implicar que los servicios que brinda esta casa son mejores que la otra, lo que nos llama la atención es porque la Alcaldía y el MINSA no apoyan más a esta casa que presenta mayores limitantes y esto debería de ser equitativo siendo de importancia tanto para la sociedad como para ellos como institución y el gobierno municipal. La implementación de estas casas cuentan con un mismo objetivo: disminuir la mortalidad materna y perinatal, por esta razón deben contribuir a la mejora de la casa materna número uno para un mejor funcionamiento.

Actualmente estas son las dos casas existentes en nuestro municipio la casa materna número uno (Paula Mendoza Vega) que fue fundada por Licenciada Alejandra Centeno Ramírez en octubre del año 2000 y la casa materna numero dos que fundada por el Gobierno Local el 13 de enero del año 2015.

Las dos con un mismos objetivo y brindar servicio a las mujeres de las zona rural de nuestro municipio.

VI. CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados en nuestro estudio no permitió llegar a las siguientes conclusiones.

Las mujeres embarazadas que se albergan en las casas maternas son adolescentes entre las edades de 17 a 19 años siendo la mayoría provenientes del área rural del municipio, el incremento de embarazo aumenta cada día mas y es alarmante por la edad en que las jóvenes salen embarazadas lo que es muy riesgoso para su vida por no tener la maduración reproductiva para un embarazo, en este estudio se presento el caso de una adolescente de 14 años embarazada producto de una violación, la mayor parte de estas adolescentes son de la etnia mestiza y en poca presencia para la etnia misquita y mayangna.

Realidades socioeconómicas que ofrecen las casas maternas en el municipio de Siuna son adecuadas para la casa materna núm. 2 que es la que pertenece al gobierno local ya que reúne las condiciones necesarias para albergar a las mujeres provenientes del área rural basándose en infraestructura, equipamiento, ambiente y servicios, en comparación la casa materna núm. 1 que tiene por nombre Paula Mendoza Vega carece condiciones e infraestructura adecuada para brindar a las gestantes seguridad y confianza, servicios de atención medica, consejerías y servicios básicos como es el agua, servicios higiénicos y equipamiento en general.

Las acciones de mejora propuestas para las casas maternas están enfocadas conforme a la demanda de servicios para las gestantes en las dos casa maternas, mejorar las condiciones básicas de infraestructura y equipamiento, la sensibilización a la sociedad civil para el control de los desperdicios que contaminan el área de las casas maternas, construcción de letrinas, construcción de pileta para almacenar agua, personal

capacitado para brindar atención y consejería a las embarazadas, disponer de recursos humanos capacitados y contar con espacio de lectura.

VII. RECOMENDACIONES

A la Alcaldía Municipal:

Que brinde más apoyo a las casas maternas y la incluyan es su plan de desarrollo municipal para que sean más las beneficiadas con diferentes proyectos que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna en el municipio.

Al Ministerio de Salud:

Que las dos casas cuenten con visitas constantes de médicos, enfermeras, sigan impartiendo charlas educativas de diferentes temas para poder prevenir complicaciones y riesgo en las mujeres embarazadas al momento del parto.

A Instituto Nicaragüense de Tecnología Agropecuaria:

Que les den capacitación a las mujeres embarazadas sobre huertos para que sean ellas mismas las productoras de proyectos y que contribuya al incremento de la productividad, al manejo sostenible de los recursos naturales y seguridad alimentaria.

Al Ministerio de Educación:

Que contribuya con el programa “Programa De Educación de Jóvenes Y Adultos” para que las embarazadas que aún no han terminado sus estudios cuenten con la accesibilidad al aprendizaje obteniendo una educación de calidad.

A las responsables de las casas maternas:

Que motiven a las mujeres a través de charlas a usar los métodos anticonceptivos para reducir el índice de embarazo en adolescentes.

A las mujeres embarazadas:

Que divulguen la existencia de las casas maternas en su comunidad, para aquellas mujeres con embarazos de altos riesgos, puedan recibir atención médica oportuna y disminuir la mortalidad materna.

VIII. LISTA DE REFERENCIA

Blúmer, (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*.
Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid

Cortez, R. (2008). *Las casas maternas en Nicaragua*.
Recuperado de:
www.cuaderno4casasmaternas_maternas.pdf.

De la Cuesta, C. (2012). *Contexto del embarazo en adolescentes*. La prensa, p. 24A.

Deodato, G. (2007). *Casas maternas*. Recuperado de:
www.blogger.daemen.edu/homesbrochure.doc.

Espinoza, A. (2012). *Contexto de las mujeres embarazadas*. La prensa, p. 3A.

Medina Ibáñez, A. (2006). *Gestión local para la implementación de las casas Maternas*. Recuperado de:
ftp2.minsa.gob.pe//casamaterna.pdf.

Ministerio de Salud. (2005). *Guía de implementación de casas de espera con gestión comunal*. Recuperado de:
www.casamaterna.pdf.

Mora, R. (2011). *Edad de las mujeres*. La prensa, p. 5A.

Pascal, D. (1999). Organización panamericana de la salud.
Recuperado de: www.casasmaternas.pdf.

Ramírez, A. (2011). *Casa materna reduciendo la tasa de mortalidad en área rural de Nicaragua*. Recuperado de:
www.casamaterna.org/es/history.htm.

Rocabado, F. (2005). Ministerio de Salud. Recuperado de: www.casasmaternas.pdf.

Rodríguez, G. (2003). Maternidad temprana en Nicaragua. Recuperado de: www.cuaderno4casas-maternas.pdf.

Ruiz Abril, M.E. Y Fernández Díaz, J.M. (2004). *Servicios integrados para combatir La mortalidad materna en Nicaragua*. Recuperado de: www.serviciosintegradosparacombatirlamortalidadmaterna.com/php.

Salaverry, M. (2003). *Situación del personal de las casas maternas para la detección y atención de mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual*. Recuperado de: www.ipas.org.

Salazar, A. y Arango, M. (2008). *Consecuencia del embarazo en adolescentes*. Recuperado de: www.consecuenciasdelembarazoenadolescentes.org.com

Solórzano, F. (2014). *Nuevas casas maternas*. Recuperado de: www.laprensa.com.ni/2014/09/25/nacionales/213383-casas-maternas.

Velsid, A (2006). *Bebes y más* Recuperado de: www.bebesymas.com.

IX. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE URACCAN

Guía de entrevista para las mujeres embarazadas que se albergan en las casas maternas

Anexo No. 1

La presente entrevista tiene como objetivo obtener información
sobre condiciones de las casas maternas

Generalidades

Nombres y Apellidos:

Profesión: _____ Procedencia:

Fecha: _____ Etnia

_____ Edad _____

No de hijos

_____ Estado civil

1. ¿Cuál cree usted que es la edad adecuada para tener hijos?
2. ¿Cree usted que se puede tener hijos a cualquier edad?
¿Por qué?
3. ¿Cree que es necesario casarse al salir embarazada?
4. ¿Qué condiciones ofrece la casa materna?
5. ¿Cree usted que las condiciones con las que cuenta la casa materna están en perfecto estado?
6. ¿Cuál casa cree usted que tenga mejores condiciones?
7. ¿Usted elige al momento de albergarse en cuál de las dos quiere?

8. ¿Considera que es bueno que hayan dos casas maternas? ¿porque?
9. ¿En qué le beneficia a usted que tenga la oportunidad de albergarse en una casa materna?
10. ¿Qué sugiere para que las mujeres de las comunidades vengan a albergarse a las casas maternas?
11. ¿Qué le solicita al gobierno municipal para un mejor funcionamiento de la casa materna
12. ¿Qué estrategia considera que sería la conveniente para que las dos casas maternas presentes las mismas atenciones?



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE URACCAN

Guía de entrevista para las responsables de las casas maternas

Anexo No. 2

Generalidades

Nombres y Apellidos: _____

Profesión: _____ Procedencia:

_____ Fecha: _____ Etnia

_____ Edad _____ Sexo _____

Objetivos:

1. Caracterización de las mujeres embarazadas que asisten a las casas maternas del Municipio de Siuna.

2. Describir la realidad Socioeconómica de las casas maternas.

3. Proponer acciones de mejora en las casas maternas del Municipio de Siuna

1. ¿Quiénes visitan más las casas maternas?
2. ¿Por qué cree que son adolescentes que visitan más las casas maternas?
3. ¿Se han dado casos de adolescentes víctimas de violencia?
4. ¿Qué cambios ha observado en las mujeres que se albergan en la casa materna?

5. ¿Con cuántas comunidades empezó a funcionar?
6. ¿Cómo surgió la casa materna?
7. ¿Cuál es la misión y visión de la casa materna en nuestro municipio?
8. ¿En qué condiciones se encontraba la casa materna al momento que inicio?
9. ¿Cuáles fueron los servicios que empezó a ofrecer la casa materna?
10. ¿De cuánto es la capacidad de la casa materna para albergar embarazadas?
11. ¿De qué forma han contribuido las instituciones del estado para que la casa materna cuente con buenas condiciones?
12. ¿Qué debilidad cree que tiene esta casa materna en comparación con la otra?
13. ¿Por qué cree usted que hay mujeres que no se albergan en las casas maternas?
14. ¿Usted como responsable que les aconsejaría a las mujeres embarazadas que aún no han visitado la casa materna?
15. ¿Qué sugiere para mejorar y presentar iguales condiciones ya que el objetivo es el mismo?



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE
URACCAN**

**Guía de entrevista para las instituciones que apoyan las
casas maternas**

Anexo No. 3

Generalidades

Nombre y Apellidos: _____

Profesión: _____ Institución: _____

Fecha: _____

Etnia: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

Objetivos:

1. Caracterización de las mujeres embarazadas que asisten a las casas maternas del Municipio de Siuna.
2. Describir la realidad Socioeconómica de las casas maternas.
3. Proponer acciones de mejora en las casas maternas del Municipio de Siuna
 1. ¿De cuánto ha sido el incremento de adolescentes embarazadas que asisten a las casas maternas?
 2. ¿Cree que estas adolescentes pueden tener complicaciones?
 3. ¿En qué edad se dan más complicaciones?

4. ¿Quién se encarga de darle de alta a las embarazadas de las casas maternas?
5. ¿Cuál cree usted que son las condiciones que deben tener las casas maternas?
6. ¿Cree que las casas maternas cuentan con buena infraestructura?
7. ¿Cree que las casas maternas tienen buen equipamiento para las albergadas?
8. ¿Cree que las casas maternas brindan alimentación a las mujeres embarazadas?
9. ¿Usted como institución en qué aportaría para mejorar las condiciones de las casas maternas?
10. ¿Usted tiene conocimiento si las casas maternas brindan actividades promocionales de prácticas y comportamientos saludables a favor de la salud materna y neonatal?
11. ¿Conoce otras actividades que brindan las casas maternas?
12. ¿Cómo ayudaría para mejorar estos servicios?
13. ¿En qué ayudaría usted como institución para promover acciones de mejoras en las casas maternas?



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE
URACCAN**

Anexo No. 4

Guía de Observación

Generalidades

Nombre y Apellidos de la observadora: _____

Fecha: _____

Municipio: _____

Barrio: _____

1. Cuentan con las condiciones necesarias.
2. Que etnia visita más las casas maternas.
3. De donde provienen las mujeres que se albergan en las casas maternas



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE
URACCAN**

ANEXO No. 5



**Casa Materna No. 1 Paula Mendoza Vega, tomada por
Yurielka Estrada el 04 de mayo 2016**



Casa Materna No. 2, Tomada por Jamileth Gaitan, tomada el 04 de mayo 2016