

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
POSTGRADO LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL CON  
ORIENTACIÓN EN GESTIÓN DEL DESARROLLO**



**TESIS**

**“OTRA VEZ EL ABORTO:  
LO QUE DICEN Y HACEN SOBRE EL ABORTO EN  
TEGUCIGALPA, HONDURAS. 1999”**

**PRESENTADA POR:  
MARIA VICTORIA ELENA OLIVO GRANADINO**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
MASTER LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL CON  
ORIENTACIÓN EN GESTIÓN DEL DESARROLLO**

**ASESORA:  
MSC. ZOILA MADRID**

**CIUDAD UNIVERSITARIA**

**NOVIEMBRE DE 2002**

**HONDURAS, C.A.**



# DONACION

Nombre: PIATS

Fecha: ENERO 2003

UDI-DEGT-UNAH

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
POSTGRADO LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL  
PLATS

OTRA VEZ EL ABORTO:  
LO QUE DICEN Y HACEN SOBRE EL ABORTO EN TEGUCIGALPA,  
HONDURAS.  
1999.

PRESENTADA POR:  
VICTORIA OLIVO GRANADINO

PARA OPTAR AL GRADO DE:  
MASTER LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL  
CON ORIENTACION EN GESTION DEL DESARROLLO

ASESORA:  
MSC. ZOILA MADRID

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO, 2002

TEGUCIGALPA, HONDURAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA

DRA. ANA BELEN CASTILLO DE RODRIGUEZ

VICERRECTOR

DR. RAUL SANTOS

DIRECTORA DE DOCENCIA

LICDA. TERESA DE MONDRAGON

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DRA. MARGARITA OSEGUERA DE OCHOA

DIRECTORA DEL POSTGRADO LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL

DRA. ELSA LILLY CABALLERO

CORRDINADORA ACADEMICA DE LA MAESTRIA LATINOAMERICANA EN

TRABAJO SOCIAL

DRA. ANA CORINA HERNÁNDEZ

ASESORA DE TESIS

MSC. ZOILA MADRID

## DEDICATORIA

Esta tesis va dirigida a las mujeres hondureñas, pero especialmente a aquellas que han optado por un aborto y han sufrido la discriminación de su familia, amigos y comunidad, sólo por el hecho de haber decidido por sus cuerpos.

A ellas, a las que han logrado sobrevivir, a pesar de la mala práctica médica que existe en este país.

A ellas, les dedico esta tesis con cariño, para que sigan adelante y no se sientan culpables por decidir por sus cuerpos y sus vidas.

### LO QUE DICEN DE TI

Lo que dicen de ti  
Que eres estrella  
Que alumbra en el hogar de los ocasos  
Lo que dicen de ti  
Que eres penumbra  
Amargura total en mil pedazos  
Lo que dicen de tí  
Que eres la esencia  
De la maternidad siglo tras siglo  
Lo que dicen de ti,  
De esas pasiones  
Que estremecen tu piel adormecida  
De tu cuerpo cargado de deseos  
Guardados por no ser  
Correspondidos.

No hagas caso,  
Y vislumbra que la vida  
Esta llena  
de amor y de ilusiones  
Que tu cuerpo es pandora que alimenta  
A la vieja pasión adormecida.  
Lleno de mariposas y de opciones  
Susurrando....  
Que vales en la vida.

Vicky.

UDI-DEGT-UNAH

## AGRADECIMIENTOS

A NABIL Y CHAMBITA: mis amores, que hacen que mi vida de giros a cada momento, buenos, muy buenos a su lado.

A EDWIN: Por su amor incondicional, lleno de ternura y sueños para la vida.

A TIA ODY: Por continuar siendo la madre de mis sueños. Con amor.

A MIS AMORAS: Arely, Esmelda, Irma, Vicky, Francis, Jaqueline, por su apoyo incondicional.

A ZOILA: quien con paciencia, me guió muy sabiamente por este camino. Amores para ti.

Al D.A.A.D.: Por ayudarme a cumplir este sueño que era mi superación profesional. Gracias por su apoyo.

Al P.L.A.T.S.: Personal docente y administrativo, por su solidaridad, hospitalidad y cariño. Gracias.

A la U.L.S: compañeros, amigos, por su apoyo. Gracias.

**INDICE**

## Introducción y justificación

## Capitulo 1

## Metodología

1.1.Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Propuesta Metodológica.....	6

## Capitulo 2

## Otra Vez el Aborto.

2.1 Antecedentes sobre el aborto .....	15
2.2 Antecedentes sobre el aborto en Honduras.....	20
2.3 El Estado y las leyes que penalizan el aborto en Honduras.....	24

## Capitulo 3

## Lo que dicen sobre el aborto.

3.1 Conceptualización del Aborto.....	32
3.2 Maternidad y aborto.....	37
3.3 Sexualidad y aborto.....	41
3.4 Visión del Estado.....	47

## Capitulo 4

## Políticas en Salud Reproductiva

4.1 Políticas Internacionales en Salud Reproductiva....	48
4.2 Políticas en Salud Reproductiva referentes al aborto.....	51
4.3 Políticas Nacionales en Salud Reproductiva.....	59



Capitulo 5	
Políticas de Atención en Salud Reproductiva	
5.1 Atención y Servicio.....	70
5.1.1 Mujeres que Demandan Atención en Salud Reproductiva.....	75
5.1.2 Personal que Brinda la Atención Hospitalaria: mujeres enfermeras, administrativas, auxiliares y de servicio.....	78
5.1.3 Hombres: médicos, auxiliares, administrativos, que brindan la atención hospitalaria.....	81
5.2 Realidad de la Atención en los Hospitales de Tegucigalpa.....	87
5.3 Políticas de Atención en Salud reproductiva.....	93
5.3.1 Información.....	93
5.3.2 Seguimiento.....	96
5.3.3 Prácticas Médicas.....	98
5.3.4 Costos Económicos que le significan al Estado el no Legalizar el aborto.....	100
Conclusiones.....	101
Recomendaciones.....	109
Bibliografía.....	112
Anexos	
Anexo No. 1	
Operacionalización de las Variables de la Investigación	
Anexo No. 2	
Políticas Generales en Salud Reproductiva de la Secretaria de Salud de Honduras.	

Anexo No. 3

Estructura Organizativa de la Nueva Agenda en Salud.

Anexo No. 4

Lineamientos de políticas 1999-2002)

Anexo No. 5

Guía de Rutina Hospitalaria

Anexo No. 6

Entrevistas a mujeres por aborto natural o provocado

Anexo No. 7

Entrevistas a médicos del Hospital Escuela y Hospital San Felipe

Anexo No. 8

Artículos de periódicos sobre el aborto.

Anexo No. 9

Caricatura sobre el aborto

Anexo No. 10

Noticias sobre el Aborto.

Anexo No. 11

Glosario de Siglas

Indice de cuadros y figuras

Cuadro No. 1

Abortos inseguros en América Latina y el Caribe

Figura No. 2

Indice de Mortalidad Materna en C.A.

Figura No. 3

Diferentes causas de muerte materna en Honduras

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, tiene el propósito de contribuir al conocimiento y profundización de la temática en salud reproductiva, en lo referente a las políticas de atención en salud que reciben las mujeres que abortan o llegan a abortar en dos Centros Hospitalarios de Honduras: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa.

La problemática planteada en esta investigación, fue motivada a raíz de la experiencia de realizar trabajo con grupos de mujeres rurales y urbanas en El Salvador. El observar como las políticas y programas en salud no satisfacen las expectativas en salud reproductiva de las mujeres hondureñas, llevó a la elección del tema sobre el aborto.

De esta manera dos aspectos surgieron relevantes durante mis estudios en Honduras de este estudio:

Conocer que políticas de atención en salud manejan dos Centros Hospitalarios de Tegucigalpa y rescatar la atención médico-hospitalario que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada.

De esta manera describir y descubrir las formas de discriminación que son objeto las mujeres por decidir abortar; así como las limitaciones económicas, sociales, culturales, políticas, con que se encuentran para acceder a servicios de salud adecuados.

Investigar sobre esta problemática se volvió un reto en un país como Honduras, donde está prohibido por las leyes toda forma de aborto. Constituyéndose en un aporte el rescatar la atención que prestan las instituciones hospitalarias que velan por la salud reproductiva de las mujeres. Esta investigación es una de las primeras que se realiza en Honduras en torno a esta temática.

En el primer capítulo se describe el planteamiento del problema, los objetivos y la metodología que se utilizó en la investigación.

En el segundo capítulo se exponen los antecedentes más relevantes sobre el aborto a nivel internacional, nacional y local; así como las consecuencias, limitantes, que enfrentan las mujeres que abortan.

El tercer capítulo conceptualiza el aborto y presenta una relación entre éste, la maternidad, sexualidad y el Estado.

El cuarto capítulo presenta un análisis de las políticas en salud reproductiva y el quinto y último capítulo presenta el rescate de la atención y servicio que brindan los centros hospitalarios en la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.

Finalmente en la investigación se exponen las conclusiones y recomendaciones, dirigidas a las instituciones y a los prestadores y prestadoras de servicios en salud.

A pesar de que la investigación se quedó en un plano descriptivo, los resultados fueron positivos; ésta no estuvo exenta de limitaciones, una de ellas fue, que una sola persona haya realizado la investigación, que limitó poder enriquecer más la experiencia y el análisis; así como el procesamiento de la información resultó ser más lento y engorroso.

Rescatar la atención y servicio hospitalario ha sido una de las pocas experiencias que se han realizado en el país, de

tal manera que sería interesante indagar más en investigaciones futuras sobre el tema.

Sin embargo, se cree que esta investigación es un aporte a la atención y servicio que brindan a las mujeres los prestadores y prestadoras de servicios; en el que, a pesar de ser obvio o evidente el contenido, no es tomado en cuenta a la hora de brindar la atención hospitalaria a las mujeres; ya que el patriarcado está enraizado en todas las estructuras y relaciones que se establecen en la cotidianidad; por tanto sirva este trabajo para recordar también nuestro acercamiento hacia más de la mitad de la humanidad: las mujeres.

## JUSTIFICACION

La salud, es un derecho vital de las mujeres, las cuales por el hecho de procrear, cuidar de la familia, tener la responsabilidad de educar a los hijos e hijas, necesitan más atención en lo referente a salud reproductiva; por lo que se hace indispensable que los servicios que se les ofrecen, sean de calidad, garantizando su bienestar físico y espiritual.

En este sentido, esta Investigación se considera importante porque permitió analizar las políticas de atención en salud reproductiva referidas al aborto; visibilizando las prácticas de atención médica dirigidas a las mujeres que abortan de manera natural o provocada así como las reacciones y actitudes de las mujeres que reciben el servicio; esta investigación deja visible el problema del aborto como un problema de salud pública.

Por tanto, este documento se considera un aporte para las instituciones privadas y públicas que trabajan en beneficio de la salud de las mujeres; así como para las mujeres que en una u otra circunstancia han recibido atención en salud por abortar de manera natural o provocada siendo objeto de

maltrato y discriminación física y verbal, que no es expresado por las mujeres, ya que no existe cultura de denuncia por la mala praxis médica hospitalaria en lo referente al aborto.

Agregar que, esta Investigación puede servir de análisis para las instituciones públicas y privadas que trabajan en la elaboración de políticas, programas, proyectos, en beneficio de la salud reproductiva de las mujeres en Honduras.

Esta investigación se realizó en dos hospitales de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.



## CAPITULO 1

### METODOLOGIA

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Honduras, la salud es uno de los problemas sociales y políticos graves que enfrenta el país. El Gobierno Central mediante la Secretaría de Salud, en su Plan de Acción para el año 1999-2000, se propuso mantener las mismas políticas especialmente las referidas a salud reproductiva, de esta manera, poder aminorar la situación de salud de miles de mujeres que visitan los diferentes hospitales nacionales en busca de atención médica.

El Ministerio de Salud en este período se planteó el concepto de salud reproductiva como un proceso y una parte integral del ser humano la cual debe brindarse con respeto, eficiencia, eficacia, permitiendo el acceso a hombres y a mujeres al sistema de salud; tratando de disminuir la mortalidad materna y perinatal mejorando los servicios en salud reproductiva; para ello ha elaborado una serie de políticas en salud reproductiva las cuales abarcan componentes como planificación familiar, en salud perinatal (embarazo, parto, puerperio y recién nacido); salud

reproductiva de los y las adolescentes, en salud integral de la mujer y otras acciones encaminadas a abolir toda forma de violencia física, sexual contra las mujeres. (Anexo No.1)

Gran parte de estas políticas se suman a los convenios asumidos en la Conferencia Internacional del Cairo sobre Población y Desarrollo que se llevó a cabo en 1994; donde se exhorta a países como Honduras a mejorar el acceso de hombres y mujeres a los servicios en salud reproductiva y en particular a disminuir la muerte materna, infantil y neonatal, al promover la planificación de la familia y la educación sexual; pero deja a disposición de los países y de sus leyes internas el problema del aborto, que tiene gran relación con la disminución de la muerte materna; entrando en contradicción con las propuestas en beneficio de la salud reproductiva de las mujeres, permitiendo a los países, que continúen disponiendo del cuerpo de las mujeres y de la vida misma.

De esta manera en Honduras, cientos de mujeres continúan muriendo por hemorragias, infecciones ocasionadas por partos y abortos debido a la falta de asistencia médica eficiente y adecuada, o por falta de orientación sexual; constituyéndose

el aborto en un problema de salud grave, el cual en la mayoría de ocasiones se realiza de manera clandestina y en condiciones de salud inadecuadas, llevando a muchas mujeres hasta la muerte. A diario en este país están muriendo 15 mujeres en los diferentes centro hospitalarios por prácticas sanitarias inadecuadas.

El aborto a pesar de ser una práctica social, es penado por las leyes del Estado; en contradicción a estas leyes, los Centros hospitalarios se ven en la obligación (por su ética profesional y juramento) de atender la demanda de cientos de mujeres que llegan a solicitar un servicio por haber abortado de manera natural o provocada, convirtiéndose muchas veces en víctimas del personal médico-administrativo, los cuales las discriminan y maltratan a nivel físico y psicológico para que no vuelvan a incurrir en el hecho. (Anexo No. 7)

Las mujeres que abortan consideran que merecen el maltrato que reciben de parte del personal médico (atención); además se sienten culpables, lo que las lleva a no denunciar la atención y servicio médico recibido. Las mujeres que llegan a abortar, desconocen las prácticas médicas a utilizar y esta experiencia resulta traumática para la mayoría de ellas, ya

que el personal médico, no da información necesaria a la paciente sobre el aborto antes, durante y después y sí lo hace utiliza un lenguaje técnico que la paciente no comprende. (Anexo 6)

En Honduras, son muchas las instituciones como Pro Vida, Iglesias, que se suman al discurso del Estado, no permitiendo que el aborto sea aprobado en ninguna circunstancia, ni mucho menos que se incorporen políticas a favor de mejorar la atención en salud reproductiva de las mujeres que deciden abortar.

Es lamentable que en este país, las mujeres de escasos recursos continúen siendo marginadas sin poder acceder a servicios de salud, por significar un alto costo económico para ellas, lo que les impide abortar en condiciones adecuadas de salud, realizando prácticas de aborto que las pueden llevar hasta la muerte.

Por lo anterior expuesto, se consideró importante realizar la investigación sobre la problemática de salud, dirigida a las políticas de atención en salud reproductiva; planteando como Objeto de Estudio: "Conocer cuáles son las políticas de

servicio y atención médica- hospitalaria, dirigidas a las mujeres que abortan de manera natural o provocada y rescatar las reacciones y actitudes de las mujeres que reciben el servicio".

La selección del tema se orientó hacia la salud reproductiva y las políticas de atención que manejan los dos centros hospitalarios.

Esta investigación se realizó en la Ciudad de Tegucigalpa en dos Centros Hospitalarios del país: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe, durante el año 1999.

## 1.2 OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al conocimiento y profundización sobre la temática en salud reproductiva, en lo referente a las políticas y prácticas de atención en salud hospitalaria dirigida a las mujeres en Honduras.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Conocer cuáles son las políticas de atención en salud dirigidas a las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos Centros Hospitalarios: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.
- Conocer el servicio y atención médica hospitalaria que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada y rescatar las reacciones y actitudes de las mujeres que reciben el servicio.

**1.3 PROPUESTA METODOLOGICA.**

Para alcanzar los objetivos de este trabajo se realizó una investigación bibliográfica y una investigación de campo. Para la primera se revisaron documentos con el fin de conocer acerca de las políticas en salud reproductiva y la concepción del aborto desde diferentes perspectivas. Para la investigación de campo se utilizó la técnica de observación

no participante, diario de campo y entrevista semi-estructurada.

**La técnica de la observación no participante.**

Esta técnica se realizó en la Sala de Puerperio del Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la capital de Tegucigalpa; donde se utilizó el instrumento de Rutina de Hospitales. Que comprendió una rutina hospitalaria de 24 horas. Dividida en 3 períodos de tiempo de 6 am a 2 pm.; de 2 pm. A 9 pm. Y de 9 pm. a 6 am. Donde se registró la rutina de mujeres que recibieron el servicio y atención médica hospitalaria. Esta técnica se seleccionó para rescatar mediante la observación, información necesaria sobre la atención médica hospitalaria que ofrece el personal médico-administrativo de éstos dos centros hospitalarios a las mujeres que abortan de manera espontánea o provocada.

Mediante esta técnica solo se logró obtener información sobre: La atención, el servicio, la información, el seguimiento que brinda el personal médico-administrativo a mujeres que se encuentran hospitalizadas en las salas de

puerperio del Hospital Escuela y el Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa.

El análisis de la información se realizó mediante la elaboración de una matriz en el programa Excell, donde se analizó el cruce de las diferentes variables.

#### *Técnica de la entrevista semi estructurada*

El objetivo de estas entrevistas era conocer la opinión de las mujeres sobre la atención hospitalaria recibida por aborto espontáneo o provocado.

El universo estuvo comprendido por las mujeres usuarias que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios: el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa.

Se propuso una muestra intencionada de 8 mujeres en el Hospital San Felipe y 12 mujeres en el Hospital Escuela, equivalente al 20% de la población de mujeres que llegan diariamente a recibir atención hospitalaria; tomando como



criterio base, los dos hospitales seleccionados y las mujeres en edad reproductiva, en los siguientes tramos de edad: mujeres menores de 25 años, abarcando dos etapas las adolescentes y las jóvenes; mujeres adultas mayores de 25 años, abarcando hasta los 40 años; otro criterio fue el estado civil, donde se seleccionaron mujeres casadas (adolescente y mujer adulta), mujeres solteras (adolescente y mujer adulta). Estos criterios no pudieron cumplirse a cabalidad, ya que solo se logró entrevistar en el Hospital Escuela a 2 mujeres adolescentes jóvenes en las edades de 15-19 años y dos mujeres adultas en las edades de 25-35 años haciendo un total de 4 mujeres; en el Hospital San Felipe se entrevistó un total de 3 mujeres; 2 mujeres adultas en las edades de 25-35 años y 1 mujer adulta mayor de 35-45 años, que habían recibido atención por aborto espontáneo o provocado. El estado civil de las 7 mujeres entrevistadas en los dos hospitales es el siguiente: 3 mujeres eran casadas, 1 era soltera y 3 acompañadas. Las 7 mujeres entrevistadas son amas de casa y solamente 3 de ellas han cursado el sexto grado mientras el resto ha cursado grados inferiores. Las 7 entrevistas realizadas a las mujeres que recibieron servicios por aborto natural o espontáneo, permitió obtener información sobre la atención médica hospitalaria que han recibido en

cuanto a información, seguimiento; así como conocer sobre sus actitudes, reacciones, creencias y prácticas con respecto al aborto.

El análisis de la información se realizó en el programa Excell, realizando un análisis comparativo entre los grupos de edad, ocupación, estado civil, escolaridad. Así como un análisis sobre el servicio recibido por las mujeres; realizando un cruce de variables que enriquecieron las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

**Técnica de la Entrevista Semiestructura dirigida a los médicos de los centros hospitalarios.**

Se realizaron entrevistas a dos médicos del Hospital San Felipe y a dos médicos del Hospital Escuela, para conocer el tipo de atención que brindan de acuerdo a las políticas que manejan los dos centros hospitalarios en estudio (Anexo No.7).

Las entrevistas sirvieron de análisis para las variables y los indicadores planteados en el estudio; además enriquecieron las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

La investigación de campo se llevó a cabo en dos etapas: En la primera etapa, a través del diario de campo se recopiló la información de la rutina hospitalaria, cuyo objetivo era el observar la atención hospitalaria en las salas de puerperio dirigida a las mujeres que han abortado de manera espontánea o provocada en dos centros hospitalarios: el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe. Fue difícil determinar a través de la observación cuáles mujeres consultaban por aborto, ya que muchas de ellas no declaran el verdadero motivo de su ingreso. Además, no existe una sala designada y nombrada exclusivamente para la atención de las mujeres que han abortado. Por lo que los resultados obtenidos en la rutina hospitalaria no posibilitaron a la investigadora cubrir a cabalidad el objeto de estudio. Sin embargo, esta misma limitante, nos demuestra por un lado, el temor de las mujeres a ser castigadas por la ley o señaladas socialmente y por otro, el poco y difícil acceso a la atención en salud reproductiva por aborto.

En la segunda etapa de la investigación se programaron las entrevistas a profundidad, las cuales tenían como objetivo

conocer la atención hospitalaria recibida por las mujeres que abortan de manera natural o provocada. Las entrevistas a profundidad no se pudieron realizar como estaban diseñadas en el anteproyecto, debido a limitantes encontradas durante la revisión de archivos ya que no se encontraban clasificados, lo que dificultó poder seleccionar a las mujeres a entrevistar. De esta manera, se elaboró un nuevo instrumento: la entrevista semiestructurada (Ver Anexo No.) dirigida a las mujeres que se encontraban hospitalizadas en las salas de puerperio por aborto natural o provocado en los dos centros hospitalario: el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

Mencionar que fue difícil para la investigadora realizar entrevistas a las mujeres ya que, el Hospital Escuela no otorgó un permiso oficial para desarrollarlas, realizando las entrevistas en horas de visita en el centro hospitalario.

En el Hospital San Felipe, se encontró la limitante que no atienden a mujeres por aborto. Todas las mujeres que llegan de emergencia son remitidas al Hospital Escuela. Por tanto, se tuvo que buscar en el libro de ingresos, el historial de cada mujer y de esta manera conocer si anteriormente habían tenido un aborto. Lo que limitó el número de entrevistas

programadas. Otro punto importante que limitó la investigación fue la poca colaboración de parte del personal médico-enfermería con respecto al tema y la poca apertura de las mismas mujeres para hablar del tema del aborto el cual continúa siendo un tabú en la sociedad hondureña. Otra limitante que se encontró al realizar las entrevistas fue que el hecho de encontrarse ingresadas las mujeres en los centros hospitalarios les limitó hablar de la atención hospitalaria.

#### **Conceptos utilizados:**

**Aborto:** En este estudio se entenderá como la interrupción del embarazo que una mujer tiene en cualquier período de gestación de manera espontánea o provocada. Por causas físicas, psíquicas o sociales.

**Aborto Natural o Espontáneo:** Es la interrupción involuntaria del embarazo que se produce por razones físicas: caídas, medicamentos, lesiones, fiebres y dolencias del aparato reproductivo o del cuerpo en general.

**Aborto Provocado:** En este estudio se entenderá por aborto provocado aquella interrupción voluntaria del embarazo que

## CAPITULO 2

### OTRA VEZ EL ABORTO.

#### 2.1 ANTECEDENTES SOBRE EL ABORTO

"La salud es un derecho humano en cualquier sociedad, es una condición para que el ser humano acceda a nivelar el bienestar y desarrollo individual y colectivo". (Begné:31:1993). Por tanto es necesario que ese derecho esté garantizado por el Estado.

El derecho a la salud lleva una serie de facultades y libertades necesarias para que el hombre y la mujer puedan disponer y decidir sobre sus vidas. Este terreno personal debe comprender la libertad sexual, la maternidad como reproducción voluntaria y responsable; así como decidir sobre el cuerpo y la vida. Estos elementos se constituyen en parte importante que inciden en el derecho a la salud reproductiva de las mujeres.

En el mundo están muriendo 1,600 mujeres al día, por causas maternas incluido el aborto, es decir unas 885 mil al año. Más de 140 mil hemorragias, 40 mil por parto obstruido, 75 por eclampcia (estado de crisis convulsiva, seguidas de coma,

que se presentan en los últimos meses del embarazo o en el parto; suelen provocar la muerte del feto), 75 mil niñas intentan interrumpir su embarazo y miles de muertes anuales por complicaciones clandestinas. Paralelamente a estas muertes maternas 15 millones de mujeres se ven con enfermedades infecciosas relacionadas con el embarazo normal y parto. 80 mil mujeres desarrollan una fístula vesicovaginal (relacionada con un parto dificultoso que desgarrar el tejido vaginal permanente, así como la ruptura del útero, enfermedad inflamatoria pélvica, anemias, heridas en la zona genital baja). Otros informes indican, como los abortos practicados en condiciones inadecuadas ocasionan anualmente entre 50 mil a 100 mil muertes maternas en el mundo. De acuerdo con la OPS, a nivel global se practican 20 millones de abortos en condiciones de riesgo. De esta cifra entre un 10% a un 50% requieren de asistencia médica para el manejo de las complicaciones y secuelas que quedan. En algunos países el aborto y sus complicaciones constituyen la primera causa de muerte materna.

El aborto inseguro, o el aborto practicado en condiciones de riesgo, es un importante problema de salud pública desde un punto de vista epidemiológico debido a su magnitud, puesto

que en la mayoría de nuestros países la legislación relativa al aborto es restrictiva y aún en los casos permitidos por la ley los servicios no son accesibles, un gran número de mujeres que recurren al aborto deben hacerlo en condiciones de riesgo.

**CUADRO No.1**

**ABORTOS INSEGUROS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.**

<b>SUBREGION</b>	<b>ABORTOS INSEGUROS POR 1.000 MUJERES DE 15 A 49 AÑOS</b>
América del Sur	34
Caribe	17
América Central	28

Fuente: OMS 1998

La OMS, calcula en el cuadro anterior que por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años) se practican 30 abortos inseguros en la región de América Latina y el Caribe.

En América Latina y el Caribe el 21% de las muertes relacionadas con el embarazo, parto o posparto, tienen como causa las complicaciones del aborto inseguro. (OMS:1998).



El total de mujeres que muere anualmente en América Latina por las complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo es de 6.000 (OMS: 1998) Es decir que en la región cada día mueren 16 mujeres y adolescentes por esta razón.

Según la OMS, se calcula en 800.000 el número de mujeres que son hospitalizadas debido a infecciones, hemorragias, perforación del útero, complicaciones. Es decir que cada día 2.191 mujeres son hospitalizadas debido al aborto inseguro.

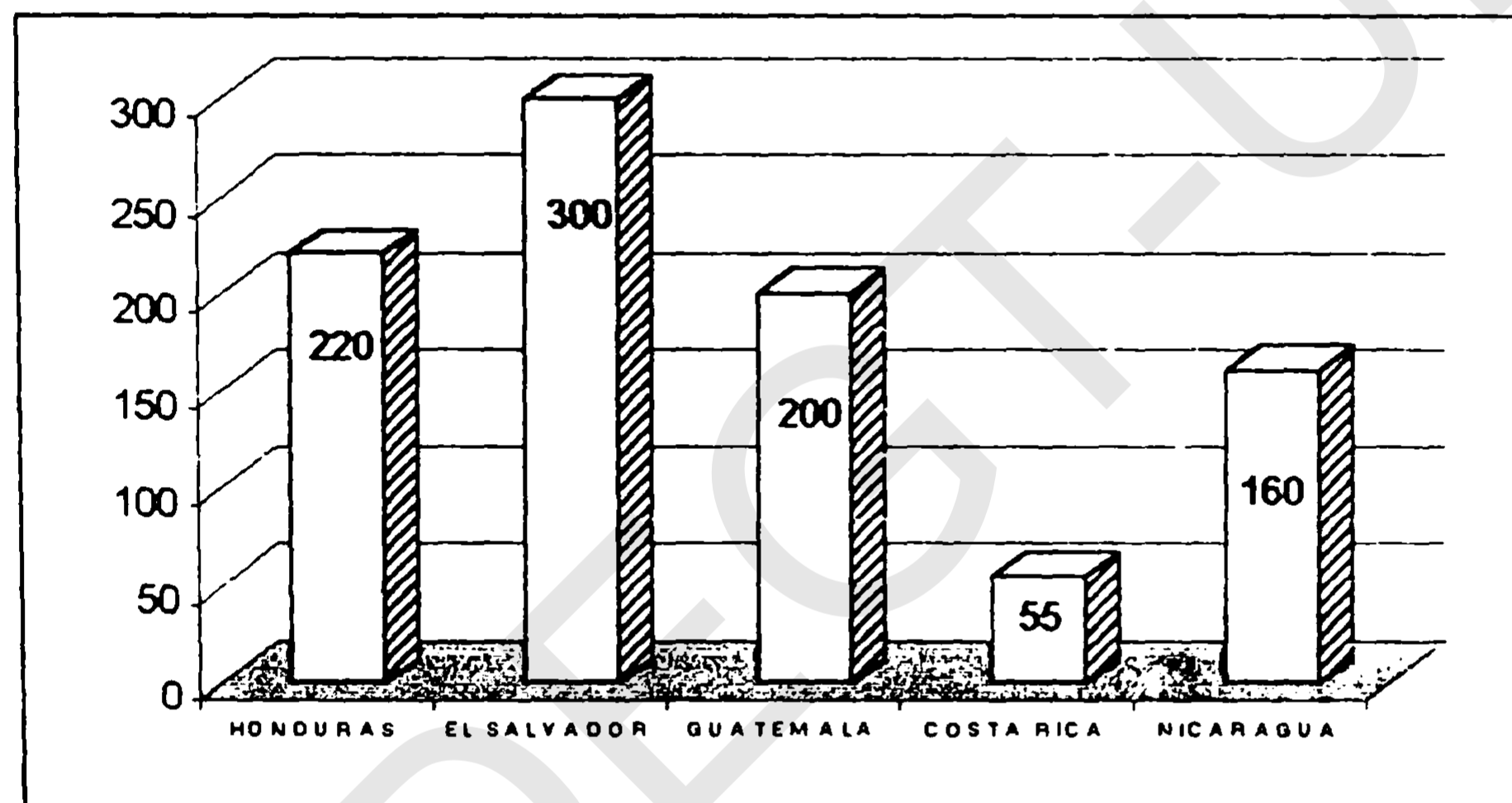
Las consecuencias del aborto inseguro pueden ser permanentes, por ejemplo, cuando es necesario realizar una histerectomía (extraer el útero), en mujeres que nunca han tenido hijos. Las consecuencias a largo plazo pueden incluir dolor pélvico crónico, enfermedad pélvica inflamatoria, obstrucción de las trompas de falopio e infertilidad, alta incidencia de embarazos ectópicos, partos prematuros y abortos espontáneos. (OMS:1998)

En varios países ya se han desarrollado iniciativas para disminuir la mortalidad materna en las causas mencionadas anteriormente; pero aún no se toman medidas para reducir las muertes ocasionadas por abortos complicados, aún son escasos

los programas que brindan servicios de consejería y planificación familiar a las mujeres que reciben atención médica después de un aborto, para que puedan evitar el riesgo de un embarazo no deseado.

**GRAFICA No.1**

**INDICE DE MORTALIDAD MATERNA EN C.A.**



Fuente: OPS, 1998

Podemos observar en la Gráfica No.1 que a nivel de Centro América, El Salvador es el país que presenta los índices más elevados de muerte materna por año con 300 muertes; mientras que Honduras, ocupa el segundo lugar con 220 muertes por año. Costa Rica, es el país que presenta el menor índice de muerte materna con 55 muertes por año.

## 2.2 ANTECEDENTES SOBRE EL ABORTO EN HONDURAS.

Honduras, posee una extensión territorial de 112,492 kilómetros cuadrados y una población aproximada de 5.6 millones de habitantes, presenta un Índice de Desarrollo Humano de 0.5575, ubicándolo en la posición 116 entre 173 países en el mundo.

“De acuerdo al Informe de Pobreza y Política Social de 1996, presentado por SECPLAN. El porcentaje de familias por debajo de la línea de pobreza era del 76% para 1988, según indicadores de salud de 1998 es del 75.8%. Es decir el 81% de la población nacional. Los hogares con jefatura femenina representan el 24% del total de la población, de éstos dos terceras partes son pobres”. (Nueva Agenda:16:2000). Lo que acrecienta los problemas de salud, especialmente en las mujeres las cuales por el hecho de procrear necesitan de una mayor asistencia en lo referente a atención en salud reproductiva.

“En los hospitales estatales y privados, según diagnóstico principal elaborado, la causa de egreso hospitalario en Honduras durante 1995, fue el aborto no especificado con un 3.9%. La mortalidad relacionada con la maternidad, es la

principal causa de muerte en las mujeres que están en edad reproductiva la cual es del 21.7%" (Mujeres en Cifras:28:1998).

"Para 1997 la mortalidad materna fue de 168 x 100,000 nacidos vivos, las causas principales de muerte materna que se presentan son: muertes maternas no relacionadas, trastornos hipertensivos del embarazo y las infecciones. Siendo los principales factores de riesgo, según la Secretaria de Salud: la multiparidad, las edades extremas de la vida reproductiva y el corto espacio intergenésico. El 70% de las muertes maternas ocurren en el momento del parto o en las 24 horas siguientes". (Nueva Agenda en Salud:16:2000).

El alto índice de muertes maternas no es más que la consecuencia de la falta de acceso de la población a los servicios y atención en salud. Es además una manifestación de las condiciones de pobreza en las que viven la mayoría de las mujeres en Honduras.

Los factores de riesgo relacionados con el embarazo y el parto cobran la vida de más de medio millón de mujeres cada año en el mundo. En los países subdesarrollados como

Honduras, casi todas las muertes maternas podrían evitarse si se implementaran medidas que gozaran del respaldo de las autoridades. Los especialistas insisten que si se desea efectividad en la atención después del aborto se requiere de un servicio completo, rápido y seguro.

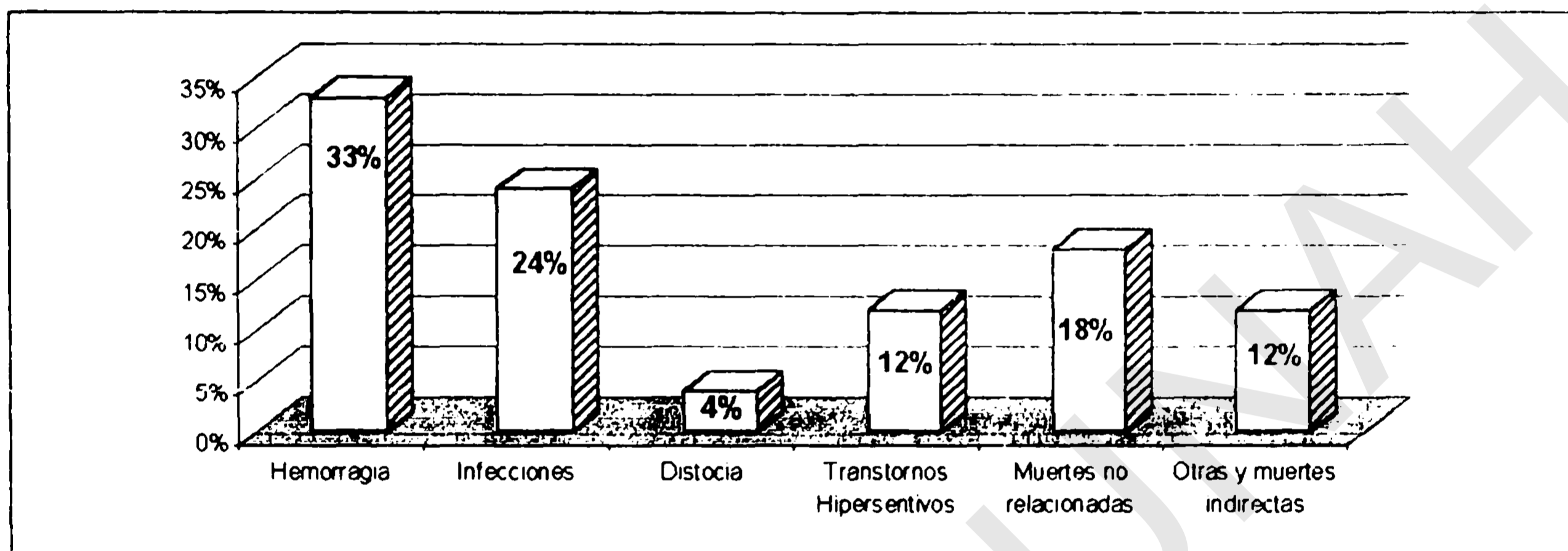
La educación desempeña un papel fundamental en la vida de las mujeres, ya que entre otras cosas les permite conocer otras opciones que van más allá de su rol reproductivo. Por tanto, el insuficiente acceso de la mujer a educarse tiene repercusiones en la salud y bienestar de la familia. Ya que entre menor educación tiene una mujer, se ha comprobado que mayor es el número de hijos que procrea y mayor la posibilidad de riesgo en el deterioro de su salud; mientras que entre mayor es el nivel educativo de una mujer, menor es el número de hijos que procrea y menor la posibilidad en el deterioro de su salud reproductiva.

"En Honduras, cada 23 horas muere una mujer por causa materna, 33% de éstas muertes se da por hemorragias. La otra causa importante de muerte son las infecciones en el aparato reproductivo con un 18.7% causadas por las diferentes condiciones de higiene en que se realizan los partos o por

abortos provocados en condiciones inadecuadas. Estas dos causas están estrechamente ligadas a abortos clandestinos realizados por personas inexpertas en condiciones de insalubridad. Sin embargo solo en 7 de cada 100 casos, se ha podido comprobar que el aborto sea la causa de estas muertes. Esta cifra es baja, dado que estimaciones hechas para América Latina indican que 24 de cada 100 muertes maternas son por causa de aborto". (Mujeres en Cifras: 24:1997).

En 1998, es preocupante que las principales causas de muerte materna continúan siendo: las hemorragias con un 47%, seguida de infecciones con un 15% y los abortos con un 6.2%, según Indicadores en Salud. Este último dato no es exacto ya que en este no se incluyen los abortos clandestinos y otros que no son registrados en los hospitales.

**GRAFICA No.2**  
**DIFERENTES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN HONDURAS.**



Fuente: Mujeres en Cifras, 1997.

En 1999, se registran casos de mujeres que al sufrir algún tipo de complicación por causa de aborto, acuden a un centro médico del Estado en busca de ayuda. Los registros hospitalarios, no especifican la naturaleza del aborto lo que no se saben si son espontáneos o provocados.

### 2.3 EL ESTADO Y LAS LEYES QUE PENALIZAN EL ABORTO EN HONDURAS

En este país, las políticas en salud van dirigidas a las mujeres en torno a la maternidad, planificación familiar; reduciendo la salud de las mujeres al ámbito reproductivo, dejando a un lado sus necesidades sexuales, la reproducción

voluntaria y la maternidad como opción, negando a las mujeres decidir por sus cuerpos y sus vidas.

Esta prohibición se hace evidente mediante leyes emitidas por el Estado en donde prohíben a las mujeres abortar por ninguna circunstancia. En el Capítulo III del Código de la Niñez y de la Adolescencia, Decreto No. 73-96 de los Derechos de la Vida, a la Salud y a la Seguridad Social. Sección Primera del Derecho a la Vida. Artículo 12 menciona lo siguiente: "Todo ser humano tiene derecho a la vida desde el momento de su concepción. El Estado protegerá este derecho mediante las medidas que sean necesarias para que la gestación, el nacimiento y el desarrollo ulterior de la persona se realicen en condiciones compatibles con la dignidad humana".

En el Título I Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal del Código Penal del Capítulo II sobre el Aborto, el Artículo 126 expone lo siguiente: "El aborto es la interrupción del embarazo mediante la expulsión prematura y violenta del producto de la gestación o su interrupción en el vientre materno. Quien de propósito causare un aborto será castigado: 1) con dos o tres años de reclusión si la mujer lo consintiere; 2) con tres a cinco años de reclusión, si obrare



sin el consentimiento de la mujer y sin empleara violencia o intimidación; 3) con cinco a ocho años de reclusión si se empleare violencia, intimidación o engaño”.

Artículo No. 127. “Se impondrán las penas señaladas en el artículo anterior y la suma de Lps. 1,000.00 a Lps. 3,000.00 al médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare con él. Las mismas sanciones son aplicables en su caso, a los practicantes y personas en posesión de títulos paramédicos.”

Art. 128. “La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo causare, será penado con dos a tres años de reclusión.”

Art. 129. “Cuando para ocultar su deshonra, la mujer produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, incurrirá en seis meses a un año de reclusión”.

Art. 130. “El aborto que se practique para eliminar al feto sin el consentimiento de la mujer, si es producto de la violación se sancionará de uno a seis años de reclusión. Cuando se realice sin el consentimiento de la mujer, de su

compañero de vida marital, o de sus padres o tutor, cuando ella padeciere de una enfermedad mental o de desarrollo psíquico incompleto, todos quedarán exentos de pena."

Art. 131. "No será penado el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer y de las personas mencionadas en el artículo anterior, para salvarle la vida o en beneficio de su salud seriamente perturbada o amenazada por el proceso de la gestación, o cuando se realice para evitar el nacimiento de un ser potencialmente defectuoso".

Art. 132. "Quien por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con reclusión de uno a dos años".

En el Código Civil del año 1906, Art. 151 y Código Penal del año 1976, Art. 126 de la Ley, permitía a las mujeres el aborto terapéutico. Desde 1987 hasta la fecha, la mujer que se practica un aborto es sancionada y castigada por la sociedad y las leyes del país, lo que conlleva a un retraso en los procesos democráticos y en los cambios estructurales de la sociedad hondureña, ya que atenta contra la salud de

miles de mujeres, que por distintas circunstancias sociales, económicas, políticas, culturales, no desean optar a la maternidad y deciden abortar de manera clandestina para evitar una sanción penal; esta decisión a muchas mujeres las lleva hasta la muerte, por no haber contado con asistencia y atención médica apropiada. (Anexo No. 8)

La Escuela de Enfermería del Hospital Escuela, manifiesta que a nivel empírico, atiende los casos de legrados que se presentan con ética profesional. A pesar de esta buena disposición, hay muchas mujeres que se quejan de la mala atención y servicio recibido por abortar, durante su estadia en estos centros hospitalarios.

Instituciones de mujeres como "Visitación Padilla", "El Centro de Estudios de La Mujer" (CEM-H), tienen una posición definida a favor del aborto, pero son pocas las acciones realizadas ante el Estado para abolir esta ley. En contradicción a estas instituciones se encuentra la Iglesia Católica y Protestante, La Fundación Pro-Vida, El Comité de Bioética de Honduras, quienes realizan un trabajo constante a favor de la vida, contando con el respaldo total del Estado.

A pesar de lo anterior, cantidad de mujeres buscan atención y servicio médico a nivel hospitalario, con legrados, hemorragias, que constituyen un alto costo económico al Estado, que evitarían si el aborto fuera legalizado y /o defendido.

Se ha comprobado en países donde se ha legalizado el aborto, que la inversión en atención y servicio dirigida a las mujeres que abortan es menor, como menor es el número de mujeres que solicitan el servicio. El aborto practicado en condiciones adecuadas es un procedimiento seguro. En Estados Unidos, las tasas de muerte por aborto es de 0.6 por cada 100.000 procedimientos; mientras que en Cuba es de una muerte por cada 100.000 procedimientos, (OMS:1993) lo que convierte al aborto en algo tan seguro para las mujeres que solicitan el servicio y atención hospitalaria.

En la mayoría de los países de la región el aborto está permitido para salvar la vida de la mujer: una interpretación amplia de este criterio permitiría, incluir a las mujeres que no "tienen la capacidad física, emocional o social para llevar a término un embarazo y no tienen los medios para pagar un aborto seguro" por lo que seguramente arriesgarán la

vida con un practicante no competente (Encuentro de Investigadores sobre el tema del aborto inducido en América Latina:1990)

Las mujeres necesitan que mejore el servicio y atención médica hospitalaria, para ello se considera necesario que los médicos manejen principios éticos para atender a las mujeres que llegan a abortar o que ya han abortado; demostrando en la atención médica que brindan: eficiencia, autonomía, justicia.

Pero los y las médicos en la actualidad se enfrenta a una enorme posibilidad de dilemas éticos, clínicos en donde se encuentra el aborto, así como los tratamientos prenatales y de infertilidad, donde el médico decide si continúa o suspende el tratamiento, si traslada a otro centro hospitalario a la paciente, si se abstiene a darle consulta a la paciente o si le brinda apoyo a la paciente (psicológico, social, espiritual), así como al resto de la familia.

Los procesos de decisión deben ser más horizontales, donde pueda participar la paciente, la familia, el médico, la enfermera; convirtiéndose en un apoyo para la mujer que

decide abortar y requiere de un servicio e información materno pre y post natal.

El Estado, patriarcal y clasista a pesar de sus programas y políticas a favor de la salud reproductiva de las mujeres, no se ha pronunciado a favor de la protección a la maternidad, obligando a las mujeres a ser madres, pero no le garantiza a la madre y al hijo(a) empleo, educación, salud, recreación, vivienda para poder vivir dignamente.

## **CAPITULO 3**

### **LO QUE DICEN SOBRE EL ABORTO.**

#### **3.1 CONCEPTUALIZACION DEL ABORTO.**

Existe toda una clasificación que describe fases en el proceso del aborto que pueden darse tanto en el espontáneo como en el provocado como: el aborto séptico, incompleto, consumado, amenaza de aborto, aborto terapéutico, ético y eugenésico; así como técnicas de interrupción del aborto muy temprana (antes de los seis semanas); temprana (durante el primer trimestre); tardía (durante el segundo trimestre).

Entre las técnicas de interrupción del embarazo tenemos: si el retraso de la menstruación es de pocos días se emplea la regulación menstrual (RM) o la pastilla RU-486; si el aborto se efectúa en el primer trimestre se usa la dilatación o legrado (raspado tradicional) y dilatación y aspiración; si el aborto se realiza en el segundo trimestre se emplea la introducción de una solución en el útero, que puede provocar hemorragias intensas, infecciones, perforación del útero y hasta la muerte; además repercusiones psicológicas ya que ninguna mujer considera el aborto como una experiencia

agradable. Si toman la decisión de abortar va a compañada la mayoría de veces de sentimientos de culpa, angustia y confusión.

Esta situación sería diferente si el aborto se legalizara, ya que se ha comprobado que en los países donde el aborto es legal y aceptado por la sociedad, las repercusiones negativas y los sentimientos de culpa son mínimos así como mínimos los riesgos que corren las mujeres por decidir abortar ya que cuentan con garantías jurídicas y sanitarias.

En el momento actual y desde que el aborto esta penalizado en países como Honduras, se niega a la abortante su derecho a asistencia médica adecuada en el momento de efectuarse el aborto y en caso de existir complicaciones posteriores.

Las complicaciones de un aborto mal practicado suelen manifestarse muy pronto a través de síntomas como el sangrado, fiebre, dolor. Frecuentemente, la mujer soporta malestares agudos de este tipo, durante varios días o semanas antes de acudir a la ayuda médica. Algunas llegan finalmente al hospital con infecciones avanzadas y fuertes hemorragias, en estado de shock o hasta en coma. Esta demora peligrosa se



atribuye, a la falta de información sobre el peligro de la hemorragia y las señales de infección. El hecho de aguantarse esta asociado al estoicismo de la mujer acostumbrada al sacrificio y a la escasez de recursos. Estos factores se ven agravados por el miedo a la sanción moral y legal por haber cometido un acto penado por la ley y duramente censurado por la sociedad.

Por más completa que sea la información sobre los síntomas del aborto provocado y sus complicaciones así como la importancia de su tratamiento inmediato, esta medida tendrá un efecto limitado, mientras persista la penalización legal y el castigo moral a la mujer que se ha provocado un aborto. Desde el momento en que una mujer decide acudir al hospital con complicaciones de aborto provocado, ella se enfrenta al riesgo de la censura moral y la amenaza de una denuncia legal. A la sanción legal y moral se suma el castigo económico ya que muchas veces las mujeres no están en capacidad de cubrir los gastos de legrado.

Para muchas mujeres, el llegar a un centro hospitalario, al servicio de ginecología es su primera experiencia de internación. Esta llega en un estado de dolor y miedo,

preocupada muchas veces por la situación de los hijos e hijas que ha dejado en casa o del esposo o compañero de vida que ignora su decisión de abortar y teme la reacción cuando descubra lo sucedido. A esto se suma, el desconocimiento de su estado, el tratamiento administrado y los procedimientos de anestesia y legrado.

Por tanto, es necesario que el personal médico, sea sensibilizado con respecto a la necesidad de brindar apoyo moral a la paciente; además de información y atención adecuada sobre cualquier intervención que se le va a realizar. Se debe estar consciente, que una mujer no decide a la ligera que desea abortar, y que son frecuentes los sentimientos de culpa, de conflicto, pena, rabia que siente, más aún cuando no cuenta con el apoyo de su pareja y de su familia. La mujer tiende a asumir toda la responsabilidad y la culpa que la sociedad carga sobre ella, ya que la deja sola con la responsabilidad del embarazo y luego la condena por haber abortado en condiciones de riesgo.

La sociedad hondureña tiene una responsabilidad por la situación de las mujeres que llegan diariamente a los hospitales por complicaciones de aborto. Legalizando el

aborto y creando las condiciones sanitarias adecuadas se podrán evitar las consecuencias para la salud y la vida de miles de mujeres en Honduras.

“Legalizar es posibilitar, a través de una legislación adecuada, que la mujer gestante decida libremente la realización o no de un aborto, conociendo las posibilidades médicas, sociales y legales que implica su opción. Despenalizar consiste en no calificar como delito el aborto consentido o voluntario de la gestante, que se realiza dentro de los tres primeros meses del embarazo. Despenalizar lleva implícito el concepto de “legalización” (Anández y Chiachio:131:1987).

Es decir que si se opta por efectuarse un aborto, la mujer tendrá la información necesaria en cuanto al tiempo para efectuarlo, asistencia médica adecuada, garantizando la salud de las mujeres. De esta forma la mujer decidirá de acuerdo a circunstancias personales, afectivas, familiares, económicas y laborales la decisión de tener o no un nuevo ser.

### 3.2 MATERNIDAD Y ABORTO

En Honduras, las políticas en salud dirigidas a las mujeres, continúan siendo reglamentadas y decididas como "patrimonios públicos" de los gobiernos, fuera de la decisión de las mujeres, aplicando políticas y normas elaboradas por el Estado, iglesias, agencias internacionales y especialistas que nunca han incorporado ni hecho participar a las mujeres en la formulación de las políticas en salud y los que las involucran continúan reduciendo a las mujeres como esposas y madres y a los hombres en cambio en términos ocupacionales.

Dentro de la familia ser marido y padre es distinto a ser esposa y madre, la cultura patriarcal y clasista, ha construido a las mujeres en el ámbito de la reproducción para ser madres, cariñosas, dedicadas, honestas, dulces, serviciales, dispuestas a soportar el dolor, dependientes, del ámbito privado de la casa y a los hombres como padres, proveedores, seguros, fuertes, independientes, agresivos, del ámbito público de la calle.

El esposo y padre es el que determina principalmente por su rol ocupacional, la posición de clase y el estatus social de toda la familia, la esposa entonces deriva su estatus y

posición de clase de su marido, hereda su apellido, en culturas como la nuestra y pierde su nombre y apellido, su lugar de origen en muchas ocasiones que son parte de su identidad como mujer.

"Dentro de la familia ser marido y padre es diferente a ser esposa y madre, las mujeres se han comprometido más en la familia y los hombres en la misma medida menos" (Shorodow:265:1989).

"El trabajo de las mujeres es la fuerza laboral rentada propende a ser extensión de ama de casa, esposa, madre y de sus roles concomitantes y de sus preocupaciones con sus lazos personales y afectivos (secretarias, trabajadoras en servicios sociales, enfermeras, maestras). El trabajo de los hombres posee normalmente muy pocos matices afectivos, los hombres trabajan en oficios profesionales o técnicos". (Shorodow:266:1989). Las mujeres realizan trabajo no remunerado (trabajo doméstico, crianza de los hijos) en cambio los hombres no están contruidos para servir ni regalar el trabajo que realizan.

Las mujeres son las mediadoras en las categorías sociales y culturales que han definido los hombres; es así como son las defensoras de la estabilidad del hogar, donde a pesar de la irresponsabilidad paterna, siempre defienden al hombre y crean una imagen mítica acerca de él, para que no pierda el respeto dentro de la familia.

"De este modo los rasgos y orientaciones de la personalidad de los hombres y de las mujeres se mezclan con la división sexual y familiar del trabajo y con la desigual ideología de lo masculino y femenino y configuran su asimétrica situación de una estructura de producción y reproducción en que las mujeres son en primer lugar madres y esposas y los hombres trabajadores". (Shorodow: 279: 1989).

"La sabiduría convencional lo afirma y lo confirma buena parte de nuestras observaciones cotidianas: son las mujeres las románticas, de nuestra sociedad, ellas son las que dan importancia al amor, al matrimonio y a las relaciones". (Shorodow:290:1989). Es de reconocer que las mujeres tienen un mundo más rico y continuo donde apoyarse que los hombres, ya que a los hombres no les interesan las mujeres ni se

preocupan por ellas con la intensidad y exclusividad con que a ellas les importan los hombres.

Las mujeres intentan satisfacer su necesidad de ser amadas no solo a través del amor de los hombres, llenan estos espacios con la creación y mantenimiento de importantes relaciones con otras mujeres. Sin embargo no resulta fácil establecer relaciones afectivas y profundas con otras mujeres ya que pueden ser señaladas por la sociedad como lesbianas.

Las mujeres han sido construidas para alcanzar afectivamente el amor verdadero, pero solo en relación con sus hijos que son a un mismo tiempo parte de ellas y seres separados. Las obligan a ejercitar la maternidad. "El ejercicio de la maternidad, además implica una doble identificación: la mujer se identifica en tanto madre y en tanto niño".  
(Shorodow:299:1989)

Los deseos y necesidades que llevan a las mujeres a convertirse en madres las ponen en una situación en que puede expresar sus capacidades para el ejercicio maternal. El ejercicio maternal de las mujeres incluye la capacidad de su propia reproducción. Esta reproducción consiste en la

producción de mujeres con las capacidades psicológicas precisas y la posición que conviene al sistema patriarcal para ejercitar la maternidad.

El hecho de que la mujer ejerza la maternidad es un rasgo fundamental del sistema, es fundamental para la división sexual del trabajo y genera una ideología y psicología de dominio masculino y también una ideología sobre las capacidades y naturaleza de las mujeres destinadas a ser madres.

"La reproducción social es entonces asimétrica, las mujeres en su rol doméstico, reproducen a los hombres y a las mujeres física, psicológica y emocionalmente...de este modo contribuyen a la perpetuación de sus propios roles sociales y a la de la posición que ocupan en la jerarquía de los sexos". (Shorodow:305:1989). Se trata de eliminar la actual organización parental a favor de un sistema en que tanto hombres como mujeres sean padres y madres responsables.

### **3.3 SEXUALIDAD Y ABORTO**

Hablar de sexualidad, es hablar de abrir espacios necesarios y urgentes donde las mujeres puedan empezar a conocer que su



cuerpo no necesariamente es para procrear, intentando de esta manera satisfacer su necesidad de ser amada, fingiendo sentir placer por conservar la relación o hacer sentir hombre a su pareja, por tener enraizado el "ser para otros y otras". Las mujeres deben también conocer otros espacios donde puedan disfrutar plenamente de su sexualidad cuando quiera, con quien quiera y como quiera, sin llegar a tener hijos o hijas.

La mayoría de las mujeres no demuestran ni disfrutan de su sexualidad, por temor a ser atropelladas, insultadas, castigadas y hasta llamadas "putas" por los mismos maridos o compañeros de vida, sólo por el hecho de desear y sentir placer.

La iglesia, ha sido a través de los tiempos una de las instituciones que más ha sancionado la sexualidad y ha establecido algunas formas de como realizarla y ha censurado otras (Anexo No.9). "Existe en la vigilancia, más exactamente en la mirada de los vigilantes algo que no es ajeno al placer de vigilar, el placer de vigilar el placer". (Focoult:156:1979).

El poder que se ejerce a través del Estado en la familia, en la sociedad misma, llega hasta la intimidad, reprimiendo la sexualidad de las mujeres. Una mujer madre-esposa, debe reprimir sus deseos. Mientras que el hombre, busca fuera de su hogar placer, ya que tiene temor que su madre-esposa se convierta en su amante y reproduzca congéneres que no reúnan los requisitos deseados por la sociedad.

"Para que el Estado funcione como funciona, es necesario que haya del hombre a la mujer, del adulto al niño relaciones de dominación bien específicas que tienen su regulación propia y su relativa autonomía....El padre, el marido, el patrón, el adulto, el profesor, representan los intereses de una clase." (Focault:158:1979).

"La forma más privilegiada de la sexualidad, la heterosexualidad, el matrimonio y la procreación son protegidas por el Estado....". (Vance: 40:1989).

El ataque conservador gira en contra de males como el aborto, los derechos de los gays, las lesbianas, el sida, la educación sexual, la anticoncepción y la independencia económica de las mujeres; construyendo temores como la

inmoralidad y el peligro sexual (la prostitución, el pecado) que lleva y obliga a las mujeres a ser madres. Señalando y presionando fuertemente a las mujeres que no optan a la maternidad como "solteronas, amargadas, lesbianas". También la sociedad obliga a las mujeres a no abortar ya que para los hombres es la única manera de perpetuar su especie y perpetuarse a ellos mismos. Ya que depende de las mujeres que puedan ser "padres"; de esta manera las mujeres tienen el poder de la maternidad de reproducir y si abortan están diciendo "no" a una parte de ellos. El Estado, la iglesia, la sociedad, castiga penal y socialmente a las mujeres que incurren en el aborto.

En contradicción a lo anterior, el Estado no protege el cuerpo de las mujeres permitiendo que sea violentado, violado, maltratado, manifestándose claramente en la violación, el incesto forzado y la explotación, además de la crueldad y humillación cotidiana.

Se hace difícil entonces, para las mujeres, el desear, sentir placer...son pocas las que lo pueden experimentar, que han logrado explorar sus cuerpos, emanando curiosidad,

sensualidad, intimidad, buscando la aventura, la emoción, la fantasía, el erotismo, el contacto humano.

"La construcción sexual de la sexualidad, es mucho más profundo y abarca hasta la forma de conceptuar, definir, nombrar y describir el sexo en distintos tiempos y en distintas culturas". (Vance:20:1989). La maternidad y la sexualidad no ha sido una opción para las mujeres, la primera ha sido construida y obligada a ser ejercida, la segunda ha sido reprimida, censurada y reducida a la maternidad. El Estado continúa disponiendo del cuerpo de las mujeres y de la vida misma, otorgándoles un rol exclusivo y obligado como es el ejercicio de la maternidad; de esta manera cierra los espacios para que las mujeres puedan decidir: ser madres, esposas, amantes, amas de casa, profesionales, solteras. Prohibiendo también el interrumpir voluntariamente un embarazo, ya que es la opción de querer o no querer ser madre; tejiendo toda una red de castigo legal y social para la mujer que cometa ese delito, cargándola de culpas, remordimientos y represión de su cuerpo y su sexualidad.

A las mujeres en esta sociedad patriarcal y clasista no les queda otra opción que ser madres, teniendo estructurado en

sus mentes que la sexualidad es sinónimo de maternidad, alejando la posibilidad de poder explorar, descubrir sus cuerpos, sentir deseos, placeres, múltiples orgasmos, así como elegir cómo, cuando, dónde, con quién, cuánto, desea compartir su cuerpo con otra , otro, u otros, otras.

Se trata de revalorar la sexualidad femenina, de manera que no quede sometida a fines procreativos. Esta revalorización de la sexualidad debe ser vivida como un elemento privilegiado de la identidad, abriéndose una alternativa para que la maternidad sea verdaderamente voluntaria y considerada un hecho propio de la mujer. Esto cuestiona y trastoca la estructura patriarcal, pues permite decidir a las mujeres sus propios embarazos y acceder a los recursos necesarios para llevarlo a buen término o para evitarlo, interrumpirlo, cuando sea necesario.

Se mencionó anteriormente que a ninguna mujer le gusta o desea sufrir la experiencia de un aborto. Si la mujer lo realiza es porque se encuentra en un estado de necesidad que ni los miedos, ni culpas, ni los riesgos son suficientes para disuadirla. Ello indica que la solución al problema no está en la represión a la interrupción voluntaria del embarazo,

sino a la modificación de las estructuras sociales a otras más equitativas, en donde tanto la maternidad como la paternidad sean voluntarias y responsables en un espacio de bienestar y salud dignos de todo ser humano.

### **3.4 VISION DEL ESTADO**

El Estado hondureño, continúa reafirmando su interés por la salud reproductiva de las mujeres reduciéndola a la planificación familiar y salud materna-neonatal, dirigido al binomio madre e hijo(a); dejando fuera temas tan importantes como trabajar en la atención y prevención del aborto; trabajando y respetando el cuerpo de las mujeres y su salud física, sexual y espiritual. Brindando programas que vayan dirigidos a mejorar la salud de las mujeres.

En Honduras, así como en el resto de países de América Latina, el aborto continúa siendo ilegal, esto desalienta los intentos por controlar las prácticas peligrosas o por impulsar una mejoría en la calidad de la atención a la salud reproductiva de miles de mujeres.

## **CAPITULO 4**

### **POLITICAS EN SALUD REPRODUCTIVA**

#### **4.1 POLITICAS INTERNACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA**

Todas las personas tienen derechos reproductivos, los cuales están basados en los principios de dignidad e igualdad humana. Pero las mujeres tienen un rol único en la reproducción humana y son las únicas afectadas por las políticas gubernamentales.

Los derechos reproductivos de las mujeres fueron punto de discusión en dos conferencias internacionales, la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre las Mujeres de 1995 (CCMM). La comunidad internacional de mujeres se movilizó para asegurar que los documentos de consenso de estas reuniones incluyeran por ejemplo el concepto de derechos reproductivos. El cual quedo establecido en el párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD de la siguiente manera:

"Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los

documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos documentos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. Lo mismo expresa la Plataforma de Acción de la CCMM en el párrafo 96: Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas a su sexualidad, incluida su salud reproductiva y decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia...

Con respecto a las políticas de atención en salud reproductiva, los Estados partes que asistieron a la CIPD en el párrafo 7.17 expresan lo siguiente: Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, que implementen sistemas de



supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia...Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las norma éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado.

Referente a este punto la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Plataforma de Beijing), dice lo siguiente en el párrafo 106: Los gobiernos [deberían]... (g) Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respeten los derechos humanos y sigan las norma éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud... Además, la Convención sobre la mujer en el

artículo 10, añada lo siguiente: Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

La Convención sobre la Mujer en su artículo 2 expresa lo siguiente: Los estados partes...se comprometen a...(f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer; (g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.

#### **4.2 POLITICAS EN SALUD REPRODUCTIVA REFERENTES AL ABORTO**

"La salud reproductiva es un estado general del bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles en

materia de planificación de la familia, así como otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de atención de la salud reproductiva que incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales". (Conferencia del Cairo:1994).

Este concepto sobre salud reproductiva surgida de la Conferencia del Cairo en 1994, obliga a muchos países a ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y a reducir las tasas de mortalidad y natalidad, en especial la situación educacional y de salud económica de las mujeres.

La Conferencia del Cairo, a pesar de expresarse a favor de la igualdad entre hombres y mujeres y en especial mostrarse a favor de la salud reproductiva de millones de mujeres en el mundo, deja a disposición de los países y de sus leyes internas el tema del aborto. Permitiendo a los gobiernos que continúen disponiendo del cuerpo de las mujeres en torno a la sexualidad, maternidad, el aborto y la vida misma.

Cada año éstos países realizan informes a las Naciones Unidas, sumando avances que no existen en la realidad, específicamente los que se refieren a la salud reproductiva de las mujeres y al tema del aborto, al cual la Conferencia del Cairo en Capítulo VIII del Art. 8.25 no exige a los países apertura para que las mujeres puedan abortar. Dice el texto: " En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y gubernamentales incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas, como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto, mediante la presentación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia.

Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener más fácil acceso a la información fidedigna y a un asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualquier medida o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar

siempre a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento posts-aborto que ayuden a evitar la repetición de los abortos". (Conferencia del Cairo:1994).

La Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo en 1994 reconoce por primera vez que el aborto inseguro es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en la mayor parte de los países en desarrollo.

Con respecto a este punto la Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995 en su Programa de Acción Mundial. Objetivo Estratégico C.1 expone lo siguiente: Hay que incrementar el acceso de las mujeres durante toda su vida a servicios de atención a la salud, a la información y a los servicios relacionados, adecuados, asequibles y de calidad.

Mientras que el párrafo 106 k dice: "A la luz de los dispuesto en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD 1994, donde establece que: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar. Se

insta a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres. A ocuparse del impacto que tienen sobre la salud los abortos realizados en condiciones de riesgo como una cuestión prioritaria de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar. Se debe dar en todo momento la máxima prioridad a la prevención de embarazos no deseados haciendo todos los esfuerzos para evitar que las mujeres tengan que recurrir al aborto. Las mujeres que sufren embarazos no deseados deberán tener fácil acceso a una información veraz y a un asesoramiento comprensivo. Toda medida o cambio que se introduzca en el sistema sanitario en lo relativo al aborto se determinará únicamente a nivel nacional o local, de conformidad con el proceso legislativo nacional. En aquellos casos donde el aborto no sea contrario a la ley, los abortos deberán realizarse en condiciones de seguridad. En todos los casos, las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de la práctica de los abortos. Se deberán ofrecer servicios inmediatos de atención post-aborto, asesoramiento y servicios de planificación familiar que contribuyan a su vez a evitar nuevos abortos,

considerar la revisión de leyes que contemplen medidas punitivas contra las mujeres que han recurrido a abortos ilegales".

En términos generales el 106k retoma el lenguaje del Art. 8.25 de El Cairo con algunas variaciones. La ampliación sustantiva esta al final del párrafo donde se incorpora la consideración en la dirección de la revisión de leyes y medidas punitivas contra las mujeres que han recurrido a abortos ilegales.

Además se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos también se refieren al respeto y decisión personal en lo que concierne al aborto y a las opciones sexuales que son parte de la dominación de género en el sistema patriarcal.

En el documento del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL (Reunión de Mesa Ampliada, Santiago de Chile 14 y 15 de diciembre de 1998) artículo 3.5 en **Avances en materia de maternidad sin riesgo** reconoce que: "la morbilidad materna se vincula con hemorragias severas, infecciones, abortos en condiciones inseguras, eclamsia.

embarazo ectópico, embolias y diversas causas indirectas (...)).

En particular el aborto inducido y en condiciones sépticas de manera directa o a raíz de sus complicaciones es el factor responsable de las muertes que ocurren en América Latina. Expresan que una estrategia a seguir es la de una maternidad sin riesgos que combine la oferta de servicios y que permitan de esta manera prevenir los embarazos no deseados con la atención para evitar el aborto y enfrentar de manera apropiada sus complicaciones derivadas.

Según el Foro Internacional de la Haya, en su Informe Preliminar presentado del 8-12 de febrero de 1999, expresa en el artículo 3.15 del literal prevención del embarazo no deseado y del aborto en malas condiciones : "Los abortos que se lleva a cabo en malas condiciones siguen siendo un problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna. Se calcula que cada año se producen 20 millones de abortos de este tipo en países de desarrollo y unos 80.000 mujeres mueren a causa de ellos. El recurso al aborto tiene su origen en una falta de información y de acceso a métodos de contraceptivos seguros y eficaces,



particularmente en el caso de las jóvenes". Entre las medidas que proponen en el informe está el ...Reconocer que el aborto en malas condiciones es un problema de salud pública y proceder en consecuencia.

Declara además en el artículo 86 que los países deberían: "Reconocer y afrontar las consecuencias de los abortos peligrosos para la salud como un grave problema de salud pública reduciendo el número de embarazos no deseados por medio de servicios de asesoramiento, información y de planificación de la familia; asegurándose que los servicios de salud puedan atender las complicaciones de los abortos peligrosos y siguiendo las recomendaciones formuladas en el párrafo 8.25 de CIPD.

Se analiza que el ejercicio de los derechos significa respetar la individualidad de las mujeres y garantizar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, de buena calidad, incluyendo abortos inseguros.

Además, siempre han sido hombres los que deciden las políticas de salud, así como los prestadores de servicio y atención médica, por tanto consideran importante que se debe

de respetar la capacidad y autoridad que tienen las mujeres para tomar decisiones libres respecto a su vida sexual y reproductiva; ya que, el respeto a la capacidad moral y legal de las personas implica el respeto a su autodeterminación.

Porque representa el principio democrático indispensable de respeto a la diversidad de valores, culturas, creencias, opciones, sin discriminación por razones de clase, género, etnia, estado civil, etc.

Este logro fundamental, conseguido debido a la presión política ejercida por el movimiento feminista, se mantuvo durante todo el proceso preparatorio hacia la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, reforzándose en Beijing el avanzar en las negociaciones para revisar las legislaciones que penalizan la práctica del aborto y evidenciar el afecto que tienen en la salud de las mujeres.

#### **4.3 POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA REFERENTES AL ABORTO**

En Honduras, la Secretaría de Salud, en su Agenda de Salud del año 2000, ha elaborado una serie de componentes, ejes,

estrategias para darle solución a 12 problemas prioritarios en salud ocupando el segundo lugar la mortalidad materna, la cual se constituye en una de sus metas y manifiestan: "Para lograr esta meta, se han previsto cambios en las relaciones y funciones de sus instituciones a fin de que aumente la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la eficacia de sus prestaciones, para la satisfacción de las necesidades en salud de la población hondureña" (Agenda en Salud: 18:2000).

Estos cambios se producirán en la Secretaría de Salud, conforme a su ley orgánica, mediante un esquema de salud integrado, constituyéndose en un compromiso para la Secretaría de Salud la prestación de servicios de calidad, eficiencia y equidad, convirtiéndose en un eje fundamental de la política en salud para los próximos 4 años de gobierno.

La presentación de este nuevo modelo de prestación de servicios de salud está organizado por 3 niveles de atención. El primer nivel compuesto por la red local, constituido por las unidades básicas de salud, Centros de Salud comunitaria y Centros Médicos; el segundo nivel, está constituido por Centros Médicos con Servicios de Apoyo, Clínicas Perisféricas

de Emergencia; el tercer nivel, está constituido por los Hospitales Departamentales, los Hospitales Nacionales e Institutos de Investigación. (Anexo No.3)

Entre éstos se encuentran el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe; al primero le han asignado del Presupuesto General de la Nación para 1999, L.200.364.195 y al segundo L.62.390.239 para la prestación de servicios.

Por tanto, según este modelo el sistema de salud está compuesto de los subsistemas públicos y privados. Otorgando un 60% de cobertura a la Secretaría de Salud como institución proveedora y reguladora y un 12% de cobertura al Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS).

Los servicios públicos de la Secretaría de Salud, están organizados en 6 niveles de atención. La coordinación y gerencia está dividida en 9 Regiones Sanitarias, las que a su vez se dividen en 41 áreas de salud. Esta división no coincide con la división política administrativa del país.

El sistema privado está formado por 36 hospitales y un sin número de consultorios privados. "La Red de Servicios de la

Secretaría de Salud, cuenta con 1,050 establecimientos, 28 hospitales, 8 clínicas materno infantiles, 213 CESAMO (Centros de Salud con Médico y 796 CESARES (Centros de Salud Rural). De los 28 hospitales, 6 son considerados de referencia nacional, 6 regionales y 16 de área. El 60% de éstas instalaciones se encuentran deterioradas al igual que los servicios del IHSS." (Agenda en Salud:18:2000).

El área No.2 está ubicada en la ciudad de Tegucigalpa con una población estimada de 367,169 habitantes de los cuales 109,416 son mujeres en edad fértil, que constituyen el 29.7% del total de la población.

Para brindar acceso a servicios de salud el área está conformada por 15 UBS: 8 CESAMOS y 7 CESARES, IHSS, Clínicas Privadas. En la actualidad para atender a la población demandante cuentan con 354 empleados de diferentes oficinas, según datos de la Secretaría de Salud.

Esta nueva Estructura Organizativa de la Nueva Agenda del sistema de salud (anexo No.3); se suma al discurso del Presidente en funciones, quien asegura que con salud todo es posible; pero el gasto asignado a salud continúa siendo

siempre una cantidad que no llega a satisfacer la demanda de más de 5.6 millones de habitantes de los cuales el 49.9% son mujeres; de estas 1,384,645 se encuentran en edad reproductiva, según datos de la Secretaría de Salud. Necesitando servicios médicos adecuados, que permitan reducir el número de muertes maternas.

"De acuerdo a la Investigación de Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva de 1990 (IMMER-90), el aborto contribuye con un 9% de las muertes maternas identificándose como causa principal la infección post-aborto".

La cobertura de atención de parto institucional a nivel nacional es del 54%. Según la procedencia de la madre, el parto institucional es de 32% a nivel rural; según el nivel socioeconómico representa el 29%; según el nivel de escolaridad solamente el 26% de mujeres tienen un parto institucional.

Según la ENEF 96 a nivel nacional el 50% de las mujeres en unión usan métodos anticonceptivos. Los factores que favorecen el uso de métodos anticonceptivos son la escolaridad, la urbanización y el nivel de ingresos

económicos. La RSM presenta una de las coberturas más altas a nivel nacional con el 66.9%. Los métodos anticonceptivos más utilizados en la RSM son la esterilización quirúrgica femenina y el DIU.

Entre los servicios de salud con que cuenta El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe de la Región Sanitaria Metropolitana tenemos:

- Atención prenatal.
- Atención de parto,
- Atención puerperal
- Planificación Familiar.
- Atención de recién nacido y control de crecimiento y desarrollo hasta los 5 años.
- Inmunizaciones.
- Detección de cáncer cérvico-uterino y de mama.
- Consejería en planificación familiar, violencia y ETS/SIDA.
- Atención integral al adolescente.
- Salud oral.
- Salud mental.

- Atención de la morbilidad prevalente para hombres y mujeres de cualquier edad.
- Atención al medio.

Como podemos observar, ninguno de los servicios antes mencionados dirige su atención hacia el aborto. A pesar de que la población es considerada como objeto y sujeto de acción. En ambos documentos se proponen estrategias a realizarse con características de equidad, eficacia y eficiencia orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, pero no visualizan la atención dirigida a las mujeres que abortan. Es así como las políticas nacionales en salud reproductiva se reducen a la atención del binomio madre-hijo. Entre las políticas nacionales en salud reproductiva tenemos:

### **Planificación Familiar**

Se considera como una estrategia para disminuir la muerte materna. Está orientado a garantizar la libre decisión de la mujer o el hombre en la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, previa consejería, así como garantizar el



acceso a los mismos y la calidad en la atención proporcionada.

### **Salud Materno Infantil.**

Las políticas nacionales en salud reproductiva en su totalidad están dirigidas a la salud materno infantil en sus diferentes componentes y grupos etáreos. Por tanto, es considerada como prioritaria entre los doce problemas de salud. Este componente está incluido en todos los niveles, desde las unidades básicas de salud hasta los niveles superiores, haciendo énfasis en la promoción, prevención y curación.

### **Sexualidad.**

Es abordada a través de la atención en planificación familiar, que es uno de los aspectos a los que tradicionalmente se ha reducido la atención a la sexualidad; también se visualiza a través de la promoción a la salud sexual y reproductiva, fomento de una cultura de equidad entre géneros, conductas sexuales para la postergación del inicio de las relaciones sexuales, prevención de la violencia física, sexual y emocional a nivel de la familia y sociedad,

fortalecimiento de grupos de voluntarios adolescentes promotores de la salud sexual y reproductiva.

### **Derechos Reproductivos.**

La Nueva Agenda en Salud se compromete a prestar atención en salud con calidad, eficiencia y equidad, caracterizándose la calidad a través de la disponibilidad, oportunidad y aceptabilidad. Reconociendo la política de salud reproductiva como una parte del desarrollo humano, donde todos los ciudadanos tienen derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos. Mejorando el acceso a los servicios de planificación familiar y atención integral de la mujer, al priorizar la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

### **Prevenir problemas específicos de salud reproductiva.**

La prevención esta relacionada con los derechos reproductivos en cuanto a la capacitación de las personas para la toma de decisiones en problemas específicos de salud, pero quedan algunos vacíos en cuanto a la educación sexual para asegurar un comportamiento sexual responsable. (Anexo No.2)

A continuación se presenta un listado de las principales acciones en salud reproductiva que se realizan en la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa: Hospital Escuela y Hospital San Felipe.

- 1-Planificación Familiar.
- 2- Cuidado del Embarazo
- 3- Servicio de ETS/SIDA
- 4- Consejería e información, comunicación y educación.
- 5- Lactancia Materna
- 6- Cánceres del Aparato Reproductivo.
- 7- Exámen Ginecológico periódico.
- 8- Servicios Relacionados con el Aborto
- 9- Capacitación de los prestadores de servicio.
- 10- Educación Pública.

Actividades en Salud Reproductiva que no se realizan en el Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la Región Metropolitana de Salud por no entrar dentro de las políticas de salud:

1-Consejería e información, comunicación y educación en aspectos de aborto.

2-Prevención, manejo y servicios de infertilidad.

3-Mamografía.

4-Servicios de nutrición.

**5-Servicios relacionados con el aborto, manejo de las complicaciones y terminación del embarazo.**

6-Capacitación de los prestadores de servicios en aspectos de nutrición del adolescente.

7-Sistemas de información gerencial con enfoque de género.

**8-Educación pública en aspectos relacionados a la mutilación genital femenina aspectos legales sobre el aborto y nutrición.**

9-Otras cuestiones relacionadas tales como el nivel de instrucción de la mujer, ingresos de las mujeres, estatus de la mujer y democracia.

A pesar de éstas propuestas en políticas de atención en salud, la población femenina hondureña presenta una tasa total de fecundidad de 4.9 hijos por mujer para 1996; sólo el 28% de la población femenina tiene acceso a centros hospitalarios públicos, lo que hace difícil a las mujeres el acceso a los servicios de salud en las áreas antes mencionadas, especialmente a las mujeres pobres que son las más afectadas, porque se les hace difícil pagar las cuotas sociales que exigen los centros hospitalarios del país.

## **CAPITULO 5**

### **POLITICAS DE ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA**

#### **5.1 ATENCION Y SERVICIO**

Cuando se habla de atención y servicio rápido asociamos la calidad que deben poseer. Cuando hablamos de calidad se refiere a aquella que promueve, facilita, garantiza los mayores niveles de salud integral y bienestar grupal de las mujeres que abortan. Se considera que estos dos elementos deben estar presentes a la hora de evaluar la calidad de la atención.

Según Donabedian (1984), "luego de balancear beneficios y riesgos, la buena calidad es aquella que proporciona el máximo bienestar a quien demanda atención. A partir de tal afirmación, se considera que el bienestar es resultado y requisito de una atención de calidad.

Desde la noción de salud integral, la calidad de la atención estara referida al conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. Será de buena calidad la atención que incorpora, resuelve estos aspectos en las circunstancias concretas de

cada demanda. Esto implica, superar el enfoque biologicista con que aborda la salud el modelo médico predominante". (Donobadien:153:1986)

De acuerdo a lo anterior, se entiende la calidad como característica o atributo de la atención en salud que satisface un conjunto de necesidades explícitas o implícitas que la población sana o enferma coloca para ser resuelta en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria, secundaria y o terciaria. Estas necesidades son resueltas por el conjunto de personas prestadoras de servicios, que intervienen en el proceso de atención, lo que se traduce en mayor o menor bienestar de quienes consultan.

Se considera que el bienestar debe proveer una atención en salud para llamarse de buena calidad, pero en la lectura anterior se hace evidente, los grandes vacíos que se tienen al brindar la atención a las mujeres en los centros hospitalarios. Especialmente en el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe expresando las mujeres entrevistadas que la atención brindada por los médicos fue buena; pero aclaran: "estuvo buena porque no me dejaron morir"; "estuvo bien porque me atendieron; "estuvo bien aunque no me hicieron

mucho caso". Este servicio de atención según expresan las mujeres entrevistadas fue tardío, hasta para ingresar al hospital, donde esperaron hasta 2 horas para ser atendidas y llevadas a Sala de Puerperio o a Sala de Parto; a pesar de presentar en emergencia síntomas como dolor de vientre, fiebre, dolor de columna, hemorragia, escalofríos. Esta tardanza en la atención y servicio hospitalario repercutió en consecuencias de salud para las mujeres como: hemorragias severas, esterilidad por obstrucción de trompas de falopio, operación de uno de los ovarios; esto como consecuencia de la atención inoportuna y tardía de parte de los prestadores y prestadoras de servicios en salud por aborto. (Ver Anexo No.6 Entrevistas a Mujeres)

Por tanto, se considera necesario que hablar de buena calidad en la atención depende de:

- Resolver las necesidades de prevención o sanación de las mujeres que consultan, lo que supone un balance a nivel de las distintas dimensiones de su salud integral, así como la puesta en juego de capacidades técnicas/ humanas por parte de las personas prestadoras o prestadores de servicio.
- Satisfacer las expectativas de las mujeres consultantes, cuestión que está fuertemente condicionada por el contexto

social y cultural de las mismas y en consecuencia, por su mayor o menor capacidad para ser sujetas de atención por haber abortado.

- El reconocimiento, la promoción y el respeto de los derechos humanos de las mujeres usuarias. Esto sitúa la calidad de la atención en un marco ético y a la vez, establece diferencias con las conceptualizaciones de calidad de la atención basadas en criterios estrictamente económicos y administrativos.

- El empoderamiento de las mujeres consultantes, cuestión que supone esfuerzos que contribuyan a deconstruir las relaciones jerárquicas en términos de género, edad, etnia, clase, orientación sexual" (Matamala y otras:18:1995).

Podemos concluir que una atención de calidad dirigida a las mujeres que abortan, es aquella que, junto con resolver el motivo de consulta, contribuya a modificar positivamente, la baja autoestima y la subvaloración de las mujeres, así como también, a promover la apropiación de su cuerpo y el ejercicio de sus derechos.

La calidad de la atención en salud reproductiva de las mujeres que abortan en el sistema de salud hondureño,



constituye una mediación privilegiada, ya sea para potenciar o para negar su dignidad, su poder y sus derechos, particularmente sus derechos reproductivos y sexuales.

Según J. G. Figueroa (1994) "Existe cada vez más una aparente contradicción entre el Estado que consagra el derecho a la salud y a las decisiones alrededor de la reproducción y las instituciones gubernamentales en el espacio de la salud, que con relativa frecuencia violan esos mismos derechos". Esta contradicción se observa en los que prestan los servicios y en la población demandante de los mismos; los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan, entablando una relación de autoritarismo y sumisión que a la vez resulta poco benéfica para la salud, ya que reproduce las condiciones de desigualdad existentes.

Cuando ocurre lo último, la atención junto con retroalimentar la inequidad del sistema, está reduciendo el goce del completo bienestar de las mujeres. Bajo ésta mirada, la calidad de la atención, pasa a ser indicador de la consistencia del modelo de desarrollo que se lleva a cabo.

### 5.1.1 MUJERES QUE DEMANDAN ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA

La mayoría de las mujeres usuarias de los servicios de salud, acuden a los centros hospitalarios haciendo un alto en su trabajo cotidiano- entendido como no trabajo que incorpora múltiples variables relacionadas con la reproducción biológica y social del grupo familiar.

“Son las cuidadoras habituales de la salud de su familia, llevando a cabo desde las más elementales acciones de promoción hasta complejas acciones de recuperación rehabilitación, cuando cuidan de las personas enfermas, ancianas o discapacitadas del grupo.” (Durán: 1989) Pero la experiencia cotidiana les va enseñando que al concurrir a un centro de salud debe despojarse de todos los saberes que esa especialización genérica les ha otorgado, puesto que no está permitido que interactúen con el saber médico que traspasa el sistema. Este despojo, que opera desde las mujeres como estrategia de sobrevivencia, les enajena el poder de sus conocimientos, favoreciendo la desigualdad entre ellas y quienes proveen los servicios de salud.

La situación de consulta o estadía en un hospital después de haber abortado les significa alejamiento de su entorno social y familiar. El abandono de sus tareas en el espacio

doméstico-trabajo reproductivo- debido a necesidades de ella misma y no de otros/as, las tensiona y autoculpabiliza.

Cuando la demanda de atención por aborto natural o provocado se inscribe en el ámbito de la salud reproductiva y /o la sexualidad , se hacen presentes, además los condicionamientos de género respecto de esos temas, que incluyen aceptar que su cuerpo es su propiedad y no del sistema social. Acompañan a la mujeres usuarias que abortan sentimientos después de vivir esta experiencia como: tristeza, depresión, horror, desagrado. Acompañados estos sentimientos de reacciones de negaciones, miedos, tristeza, serenidad, buscar ayuda, llenarse de incertidumbres por el futuro, de culpas, recuerdos de vivencias de violencia física, psicológica o sexual, dentro y fuera del hogar. A esto se suman las dificultades económicas que les significa el dejar el hogar, más cuando es madre soltera.

Un elemento importante de destacar es la expectativa con que las mujeres que abortan acuden a las instituciones de salud. En ese sentido, es necesario recordar que las mujeres son construidas carentes de autoestima, discapacitadas para desear y decidir por sus cuerpos y sus vidas. En

consecuencia, sus expectativas tienden a ser escasas. A lo anterior se agrega, el hecho que en su mayoría son de escasos recursos económicos, circunstancia que las convierte en doblemente no deseantes por el personal médico y de servicio. Las entrevistas realizadas a las mujeres en sala de puerperio, es parte testimonial de la mala calidad de la atención que se brinda a las mujeres, especialmente a las mujeres pobres. (Anexo No. 6) Por tanto, es real el hecho de que manifiesten gran parte de las mujeres de sectores populares bajas expectativas en lo referente a la atención: "como se les atiende, que no se les rechace y que no se les maltrate". Por consiguiente, es preciso reiterar que cuando se habla de calidad de la atención es de tomar en cuenta el sentir de las mujeres, para evitar caer en autocomplacencias institucionales; como las que expresan los médicos al hablar del servicio que brindan a las mujeres usuarias: " que es bueno, de calidad y calidez, sin costo alguno, adecuado y oportuno"; contradiciendo las repuestas de las mujeres entrevistadas, quienes manifiestan que el servicio es bueno pero no recibieron una atención oportuna, de calidad, ni calidez. (Anexo 7).

### 5.1.2 PERSONAL QUE BRINDA LA ATENCION HOSPITALARIA :

**MUJERES ENFERMERAS, ADMINISTRATIVAS, AUXILIARES, DE SERVICIO.**

El primer contacto de las mujeres que abortan con los servicios de salud reproductiva se establece a través de las mujeres que trabajan en las áreas administrativas, que las preparan para la consulta. Finalmente, acceden al estrato profesional en donde una vez más predominan las mujeres , que son las enfermeras.

Las trabajadoras de la salud del Hospital Escuela y Hospital San Felipe, se concentran principalmente en los sectores paramédicos y administrativos y enfrentan desfavorables condiciones de vida y de trabajo. La desorganizada infraestructura prestadora de servicios, los salarios insuficientes, la escasez de personal y las cargas laborales excesivas, determinan condiciones de trabajo desfavorables que atentan contra la propia salud integral de las prestadoras de servicio. Por otra parte la mayoría de las trabajadoras de la salud, carecen de personal de servicio doméstico en sus hogares, por lo que deben soportar el esfuerzo de la carga física y psicológica de la doble o triple jornada de trabajo, que les espera en sus casas

después de un turno de doce o más horas en servicio. Existen casos en que la doble jornada suma hasta diecinueve horas de trabajo. El stress laboral y otras manifestaciones hacen que la atención que se brinda a las mujeres que abortan sea de menor calidad y eficiencia.

Un estudio realizado en 1990 sobre "Medición de calidad de la atención a través de Satisfacción de Prestadores Médicos", la autora M.I. Romero, plantea: " Es evidente que el grado de satisfacción se relaciona fundamentalmente con las posibilidades de dar una buena atención al paciente, con las posibilidades de apoyo diagnóstico y terapéutico y con las oportunidades de desarrollo profesional...ello forma parte de un mejor ejercicio profesional y por ende de un servicio de mejor calidad al paciente". En las conclusiones de su investigación informa que la mayoría de los médicos y enfermeras se manifiestan satisfechos con la atención que brindan y que las áreas que más contribuyen a la satisfacción tienen relación con el desarrollo profesional: oportunidades de perfeccionamiento y trabajo en equipo; en cambio, los problemas de infraestructura y equipamiento en menor grado, los de cantidad y calidad del personal no médico, contribuyen a la insatisfacción. Todo lo cual aparece importante para los

En este estudio, las mujeres usuarias de servicios por aborto expresan que la atención que les brindaron las enfermeras fue excelente y buena, brindando una mejor atención de servicio que los médicos. A pesar de que las enfermeras les brindaron menos información sobre su estado de salud; limitándose a informar a las mujeres sobre la higiene personal, métodos anticonceptivos y esterilizaciones.

Las experiencias más negativas que guardan las mujeres en términos de trato tienen relación con los hombres médicos que brindan el servicio y atención médica hospitalaria.

#### **5.1.3 HOMBRES: MEDICOS, AUXILIARES, ADMINISTRATIVOS, QUE BRINDAN LA ATENCION HOSPITALARIA.**

En cuanto a los hombres que brindan servicios de atención hospitalaria, éstos se concentran en los estratos superiores directivos y profesionales médicos; así como en los estratos inferiores de rango auxiliar. Los hombres médicos constituyen la figura mítica, sanadora, poseedora de saber. Son ellos, los prestadores de sexo masculino que más intervienen en la relación de atención a las mujeres que abortan de manera natural o provocada.

Socializados como hombres, esto es, para desenvolverse desde el poder, incorporan los atributos que se les confieren socialmente para ello, así como también internalizan las ideas socialmente deseables acerca de ellos mismos, de las personas de su mismo sexo y de las personas del sexo femenino. En esa medida, asumen como natural que las mujeres son dependientes y que carecen de conocimientos relevantes y de racionalidad, naturalidad desde la cual establecen con las mujeres usuarias una relación en donde éstas se sitúan como subordinadas, como objetos. Situación a la que contribuyen la posición de subordinación de las propias mujeres usuarias.

Por otra parte, la formación académica refuerza en ellos su autoestima, poder y a la vez, los dota de un deber ser prescriptor, atributo que atiende a generar la dependencia de las mujeres hacia quienes se dirige la prescripción. Se prescribe desde un saber que no admite observaciones. Esto se hace particularmente relevante en lo referido a salud reproductiva, ya que el hábito prescriptor tiende a ignorar la necesidad de promover decisiones reproductivas autónomas por parte de las mujeres que abortan, perjudicando en forma negativa la calidad de las políticas de atención desde los derechos reproductivos.



Pero, también, la formación académica los priva de capacidades orientadas a dar fluidez a las emociones, al dolor y en general, para conectarse con la subjetividad de las personas, particularmente de las mujeres.

Es por tanto que cuando brindan el servicio y atención hospitalaria no es de extrañar que sean deshumanizados. (Ver Anexo Rutina Hospitalaria)

En la medida en que simbólicamente centralizan el saber/poder del sistema estructurado en el modelo biomédico, que ocupa los espacios de mayor poder en la rígida jerarquía institucional, los hombres médicos condicionan a las instituciones de salud, al margen del sexo predominante de planta en los hospitales.

Lo anteriormente señalado permite explicar, por una parte, los privilegios de que gozan los médicos respecto al resto del personal y por otra parte, su distanciamiento respecto a los aspectos sociales y culturales que implica la coyuntura de salud de las mujeres que demandan atención por aborto.

No obstante, por lo general, los médicos prestadores de servicio, quedan al margen muchas veces, de la crítica de las mujeres consultantes. Quizás esto se deba a que el centro de sus expectativas es acceder a la atención médica y en consecuencia, lograrlo constituye en sí, la satisfacción de éstas mujeres que quíerases o no lograron salvar su vida, después de enfrentarse a una experiencia tan traumática como es el aborto. En las entrevistas dirigidas a los médicos del hospital Escuela y Hospital San Felipe al preguntarles si atenderían a una mujer que a abortado manifestaban que "sí, por ética profesional, porque no es Nerón ni Hitler para dejarla morir, porque es una paciente que necesita ayuda..." Las mujeres usuarias en las entrevistas también expresaron su inconformidad en la tardanza de la atención y servicio recibido de parte de los médicos y enfermeras.

De esta manera la vinculación entre el sistema de salud y sus políticas de atención en salud reproductiva y las mujeres que reciben los servicios por aborto, crean dos grandes espacios de cuidado de la salud, donde se encuentran: las mujeres que abortan como protagonistas, pero es tan invisible su rol en el sistema institucional, ya que no son entendidas como sujetas de salud. Menos aún cuando la consulta se refiere al

aborto, a la salud reproductiva. Hasta las formas de denominar a las usuarias tiene que ver con la negación de su protagonismo, de su ser sujeto, de su individualidad y de su adultez al utilizar palabras como: "paciente, tita, niña, mamita, gordita, chiquilla"; a pesar de que los médicos en las entrevistas expresan utilizar un lenguaje "sencillo, adaptado a ellas, fácil de entender, de acuerdo al nivel educativo de la paciente".

En este punto es importante reflexionar acerca de las representaciones que las personas prestadoras de salud tienen respecto de las mujeres, las que determinan a su vez las representaciones sociales acerca de las necesidades de salud de las mismas. Los profesionales de la salud han reconstruido a la mujer como mujer madre-esposa. "Las mamás." En torno a este núcleo figurativo giran una serie de significados atribuidos a la condición de mujer como madre, que constituirán su campo de representación.

Un segundo grupo de significados corresponde a la concepción de la mujer como un "ser biológico reproductivo", que tiene como finalidad principal la reproducción y mantención de la especie humana. En otras palabras, aquellos aspectos de la

mujer que revisten mayor importancia para los profesionales de salud son aquellos relativos a los procesos de embarazo y crianza, el climaterio y también a las patologías asociadas a los órganos reproductivos. Al concebir a la mujer principalmente en su calidad de madre, se le considera de manera parcial dentro de su ciclo vital, ya que lo que se privilegia de éste es el ciclo reproductivo.

Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarias que no tengan relación directa con tales funciones no encuentran lugar para manifestarse en la interacción entre prestadores/as y usuarias; como lo expresan los médicos en las entrevistas sobre las mujeres que abortan, que: "son mujeres que no se identifican con la maternidad responsable, lo hacen de forma precipitada, por falta de información, orientación o educación, son mujeres que necesitan de atención psicológica por los traumas o de atención psiquiátrica, son mujeres que deben acercarse a Dios". (Ver Anexo No. 7 Entrevista a Médicos)

## **5.2 REALIDAD DE LA ATENCION EN LOS HOSPITALES DE TEGUCIGALPA: HOSPITAL ESCUELA Y HOSPITAL SAN FELIPE.**

La realidad de la atención observada y rescatada mediante las entrevistas dirigidas a las mujeres usuarias de servicios por aborto; así como las dirigidas a los médicos prestadores de servicios en salud reproductiva; dejan una sola respuesta: que es urgente canalizar políticas en salud reproductiva que le den salida a un problema de salud: el aborto, el cual ha sido, es y continuará siendo una realidad que arrastra con la vida de miles de jóvenes y madres en este país y el mundo.

Los dos hospitales que se presentan en este estudio: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe no tienen elaboradas ninguna política de atención en salud reproductiva referentes al aborto; de esta forma, tampoco poseen la infraestructura adecuada, el personal médico, administrativo y de servicio que maneje técnicas apropiadas, ni metodologías de intervención que puedan brindar atención, servicio, información y seguimiento al problema del aborto.

Mencionar que a estos dos centros hospitalarios recurren mujeres de escasos recursos económicos ya que la atención y servicio que se brinda es gratuito.

En los datos obtenidos en los dos centros hospitalarios referidos a atención y servicio las mujeres manifestaban que "Las trataron bien" a pesar de que después se pusieron impacientes y a pesar de que no les dan medicamentos. " Que estuvo bien porque no la dejaron morir, por que las atendieron". Respuestas muy alejadas de lo que expresan los médicos en las entrevistas.

En cuanto a estadía hospitalaria después de vivir una experiencia por aborto las mujeres expresaron en las entrevistas que a nivel físico se sintieron " mal, adoloridas, hinchadas, con infecciones, lastimadas; a nivel emocional manifestaron sentir: "tristeza, depresión, horror y desagrado" . Entre las reacciones manifestadas por las mujeres que vivieron una experiencia por aborto están: serenidad, tristeza, buscar ayuda, sentirse asustada".

Las mujeres entrevistadas que vivieron una experiencia por aborto piensan que "fue algo lamentable, triste, desagradable, horrible, algo no deseado". Estas expresiones nos llevan a comprobar que las mujeres no abortan por placer si no por situaciones fuera de su alcance que las obligan a

tomar estas decisiones; decisiones que las culpabiliza y les recuerda que no han hecho lo correcto y las llena de repudio y censura para las mujeres que abortan; de esta manera se expresan en las entrevistas cuando opinan sobre el tema del aborto, donde a pesar de haber vivido una experiencia por aborto manifiestan lo siguiente: " todos tenemos derecho a la vida y no se puede estar en contra de la voluntad de Dios, esta mal abortar, es cruel, no debe suceder, no es correcto, es arriesgado, es lo peor que puede haber, es pecado que Dios castiga"; además agregan "se atenta contra la propia vida de la mujer, existen métodos anticonceptivos, los médicos no informan, puede darse por la ignorancia de la madre". Estas concepciones expresadas por las mujeres están llenas de culpas, de dogmatismos religiosos, de tabúes y de mucho dolor.

A pesar de que las mujeres entrevistadas han vivido una experiencia por aborto opinan sobre las mujeres que abortan: "que son mujeres que no tienen corazón (autocastigándose), que son cobardes, que están lejos de Dios, que son perdidas, que atentan contra su propia vida, que merecen un castigo, que no deben existir, que son asesinas". Concepciones muy severas y castigadoras para las mujeres que incurren en un

aborto y para ellas mismas, opiniones llenas de culpa, tristeza, dolor, ira y desesperación.

Los médicos por su parte en las entrevistas opinan que manejan políticas de atención en salud reproductiva como: "el control prenatal, planificación familiar, atención a adolescentes, atención de puerperio y educación, control de cáncer cérvico uterino", todas dirigidas al binomio madre-hijo; donde continúan ausentes políticas en salud reproductiva referentes al aborto.

En cuanto a servicio y atención hospitalario los médicos de los dos hospitales en estudio opinan que " es de calidad, con calidez, sin costo alguno, es un servicio adecuado y oportuno." Los médicos manifiestan informar a las usuarias de manera pertinente y oportuna. Agregan que explican efectos colaterales de medicamentos, dosis, vacunas, vitaminas, dietas, beneficios de los programas. Manifiestan que el lenguaje que utilizan para dirigirse a sus pacientes "es sencillo, adaptado a ellos, fácil de entender, de acuerdo al nivel educativo de la paciente".



Los médicos expresan que brindan seguimiento en diferentes etapas: durante la consulta, en consulta externa, durante el control prenatal, por consejería, cuando la paciente lo necesite". Las mujeres por su parte opinan " que no reciben ningún seguimiento".

Sobre el tema del aborto los médicos manifiestan igual que las mujeres usuarias que no debe practicarse "porque todos tenemos derecho a la vida, porque es dañino para la sociedad, por humanidad, porque el niño es un ser como nosotros".

Sobre las mujeres que abortan los médicos opinan que las mujeres" lo hacen de forma precipitada sin tomar en cuenta las complicaciones, no han tenido la suficiente información y educación, son mujeres que necesitan atención psicológica o psiquiátrica, deben acercarse a Dios"; manifestando en sus concepciones sobre el aborto tabúes religiosos, discriminación hacia el cuerpo y la vida de las mujeres.

En cuanto a atención y servicio cabe agregar que los médicos manifestaron que sí atenderían a una mujer que a abortado por ética profesional.

En cuanto a las causas del aborto natural los médicos opinaron que " se daba por falta de información, por descuido de ellas, por problemas durante el embarazo, en este punto las mujeres opinaron que " se da sin que uno lo espere, por falta de educación en la familia y en los hospitales; en cuanto a las causas del aborto provocado los médicos opinan que: " se da por ingerir medicamentos no indicados, por irresponsabilidad sin pensar en los riesgos, por maltrato"; las mujeres opinan que las causas se deben a: " que el hombre las deja sola y embarazada, porque el hombre la trata mal, porque las mujeres no tienen valor de mantener un hijo solas, porque las mujeres prefieren andar en la calle".

Mencionar que cuando se abordó la pregunta de las causas del aborto natural o espontáneo se obtuvo mayor información que cuando se abordaron las causas del aborto provocado manifestando los y las entrevistados y entrevistadas desconocer las causas que lo originaban; por tanto opinar del tema del aborto y especialmente del aborto provocado causa temor, miedo ya que en la sociedad hondureña continua siendo un tema prohibido y quien se atreva a realizarlo es

castigado y castigada con el peso de la ley y el repudio de la sociedad.

### **5.3 POLITICAS DE ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA**

En el punto anterior, se visibiliza como se brinda la atención y servicio en los dos centros hospitalarios: El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe, a las mujeres que abortan; como las políticas en salud reproductiva, no ofrecen ni garantizan a las mujeres, especialmente a las mujeres que abortan, una atención más humanizada.

A continuación, se presenta un pequeño análisis de los indicadores que se consideraron en el estudio de más relevancia; con el propósito de poder contribuir a mejorar la atención y repensar en proponer políticas en salud reproductiva, que de verdad satisfagan las expectativas y necesidades de las mujeres que solicita los servicios de atención hospitalaria.

#### **5.3.1 INFORMACION**

La información que se brinda a la mujer usuaria por los prestadores y las prestadoras de servicio es escasa, utilizan un lenguaje técnico que las mujeres no logran comprender. Las

mujeres que abortan, consideran que el personal médico les ha hecho un favor atendiéndolas, por tanto, se creen merecedoras del trato que les brindan, no expresando ninguna queja, o dolor en muchas ocasiones, por temor a que las maltraten o denuncien.

Los médicos por su parte, con toda la formación biologicista, clasista y patriarcal que han recibido, consideran que las mujeres son una meta más que cumplir; en cuanto a la atención hospitalaria se refiere, consideran que las mujeres no tienen la capacidad para comprender que está pasando con su cuerpo; además las mujeres, especialmente las que abortan llegan solas, por tanto, han recurrido a la atención sin el consentimiento del esposo o compañero de vida; haciéndolas más vulnerables a la atención médica y servicio hospitalario.

No informar a las mujeres, especialmente a las que abortan, es manifestar, que se tiene el poder del conocimiento, lo mismo hace el esposo con la esposa; el esposo toma decisiones sin consultar; lo mismo hace el médico, él hace los legados, sin dar a conocer a la paciente, cual es el procedimiento a seguir, qué va a sentir, si le va a doler, si esta de acuerdo; realizando una rutina hospitalaria de acuerdo a sus

intereses y necesidades; realizar un legrado, preparar a la paciente, proceder, dar el alta y dejar cita si es necesario. Esto no deja tiempo, ni espacio a la información oportuna; ya que, si las mujeres conocieran métodos de planificación adecuados, las consecuencias de un aborto mal atendido, el proceso de un legrado, de una operación de un ovario, sus consecuencias, el seguimiento; tendrían más herramientas para tomar decisiones con sus cuerpos y sus vidas.

En este punto, no vamos a olvidar que, la información que más necesitan las mujeres es sobre educación sexual y reproductiva, permitiéndoles a ellas informarse para evitar los embarazos no deseados y por ende un aborto.

Una sociedad con tabúes culturales respecto a la sexualidad, no podrá elaborar políticas en salud preventivas que informen verdaderamente a los y las jóvenes, a las mujeres; especialmente no podrán prevenir que miles de mujeres sigan muriendo por causa del aborto. Informar es prevenir un embarazo no deseado, un aborto, una muerte; por lo tanto, se considera importante, que a los prestadores y las prestadoras de servicio se les concientice sobre la importancia de informar a la paciente sobre su estado de salud, de una

manera más humana, amable, entendible para las mujeres, especialmente para las mujeres que optaron a abortar.

En las entrevistas realizadas a los médicos manifestaban que la información dirigida a las mujeres usuarias "es pertinente y oportuna, explicando efectos colaterales de medicamentos, dosis, vacunas, vitaminas, dietas, beneficios de los programas". Estas respuestas contradicen lo expresado por las mujeres quienes manifiestan que " la información es pobre, es poquita". Va dirigida a restringir la procreación y a mantenerse limpias y aseadas, convirtiéndose en una información que agrede sus cuerpos y quiere decidir por sus vidas.

### **5.3.2 SEGUIMIENTO**

Otro indicador importante relacionado con la atención hospitalaria y las políticas en salud reproductiva es el seguimiento; el cual depende exclusivamente del médico especialista, quien extiende a la paciente una cita, para que retorne a una consulta, en un tiempo estipulado al centro hospitalario; esta cita queda en manos de la paciente que se cumpla o no. Lo que hace del servicio y atención hospitalaria ineficiente; en el sentido, de no informar a la mujer, por

qué es importante que vuelva a la próxima cita; además, la mujer especialmente la que abortó, no queda con ánimos de volver a un lugar donde ha sido ignorada y maltratada; la mujer queda con miedo, especialmente a que la denuncien las autoridades del hospital.

Otra limitación que enfrentan las mujeres al salir de hospital, es seguir las recomendaciones y tomarse las medicinas, ya que las recetas que les proporcionan son escritas con letra ilegible; desconociendo que la mayoría de ellas son analfabetas y otras apenas pueden leer y escribir.

El seguir las indicaciones de los medicamentos resulta engorroso para las mujeres, las que desconocen muchas veces el nombre del medicamento que están tomando, para qué sirve, que beneficio tienen para su cuerpo y su salud completar el tratamiento.

El seguimiento se considera, que debe ser prioritario, especialmente en una mujer que ha abortado y expresado en un lenguaje claro y sencillo, escrito de una manera legible, otorgado de una manera oportuna y humana; para que las

mujeres vayan concientes de seguir las indicaciones que abonarán a su bienestar.

Ninguna de las mujeres entrevistadas expresó conocer ningún tratamiento o seguimiento, mientras los médicos manifestaban en las entrevistas los diferentes seguimientos que se brindan a las pacientes en diferentes etapas como: en el momento que esta llega a consulta externa, durante el control prenatal, durante el control postnatal, por consejería o cuando la paciente lo necesite.

### **5.3.3 PRACTICAS MEDICAS**

Las prácticas de los prestadores y prestadoras de salud, no pueden mejorar, si no existen políticas de atención en salud reproductiva eficientes, que abarquen las verdaderas necesidades de las mujeres, especialmente las que optan por el aborto; de esta manera, capacitar, orientar, instruir desde la formación académica, para que puedan brindar un servicio y atención médica hospitalaria humana, oportuna, eficiente y de calidad.



Las prácticas médicas tradicionales van a continuar si no se pone un alto y se revisan las políticas y acciones a favor de la salud de las mujeres a nivel nacional en lo referente a salud sexual y reproductiva.

Preocupándose la Secretaria de Salud por proporcionarles a los prestadores y las prestadoras de servicio, salarios dignos, horarios flexibles, formación y capacitación permanente; para que puedan devolver a las usuarias un trato más humano y de calidad.

Las prácticas médicas deben cambiar, pero es necesario también cambiar las estructuras patriarcales, jerárquicas con que se rigen estas carreras; hace falta revisar los planes de estudio y contenido de las asignaturas de las carreras que tienen relación con la salud; incorporando en ellos, el enfoque de género, la medicina alternativa, comunicación alternativa; formando de esta manera profesionales más concientes, eficientes y humanizados al brindar la atención y servicio hospitalario.

#### **5.3.4 COSTOS ECONOMICOS QUE LE SIGNIFICAN AL ESTADO EL NO LEGALIZAR EL ABORTO.**

Revisar las políticas de atención en salud reproductiva, incorporando en ellas servicios de atención por aborto, minimizará en gran medida los costos que ocasiona el servicio por aborto incompleto; ya que atender un aborto de alto riesgo le genera de 8 (4,800.00 Lps.) a 10 (6,000.00 Lps.) veces más costos al centro hospitalario, que atender un aborto programado y bien asistido que tendría un costo de \$40.00 o equivalente a Lps. 600.00 Actualmente el costo de un aborto practicado en una clínica privada de manera ilegal tiene un costo de \$250.00 (Lps. 3,750.00) a \$500.00 equivalente Lps.8,571.47.

Las leyes que penalizan el aborto, significan para los centros hospitalarios grandes pérdidas en tiempo y recursos. Despenalizar el aborto, significaría dar grandes pasos para poder brindar información y una atención sin riesgos para la salud de las mujeres que decidan abortar.

El Estado continua exigiendo a las mujeres que ejerciten la maternidad, pero no les brinda los recursos y las condiciones necesarias para poder ejercerla.

## CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACION

A través de la historia, las mujeres han acudido al aborto inducido para interrumpir embarazos no deseados o inoportunos. De los 40 a 60 millones de abortos que se realizan anualmente en todo el mundo, se estima que 20 millones son inseguros y un 95 % de ellos ocurren en países en desarrollo como Honduras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que "por lo menos 80 mil mujeres mueren cada año y muchas más experimentan problemas físicos o mentales de por vida como resultado del aborto inseguro. Las complicaciones de los abortos inseguros son una de las causas principales de muerte materna, correspondiendo casi a un 13% de las 600 mil muertes maternas estimadas que se producen cada año". (OMS:1998). A diferencia de muchos problemas relacionados con el embarazo y otros accidentes y enfermedades, las muertes y discapacidades, resultantes de abortos riesgosos son completamente prevenibles. Estas son causadas por leyes punitivas, por políticas de salud definidas en forma restringida y por la falla en prestar servicios adecuados de salud y planificación familiar.

Aunque muchas leyes y políticas restrictivas han sido liberalizadas en otros países. En Honduras el aborto continúa siendo prohibido en cualquier circunstancia, las fuerzas antiaborto muy movilizadas y bien financiadas como SI a la VIDA, las iglesias, están intentando, en todas partes, mantener leyes restrictivas, incluyendo enmiendas institucionales para bloquear el acceso de las mujeres a servicios seguros por aborto y a evitar que miles de mujeres continúen muriendo a diario en los hospitales de Tegucigalpa. Entre sus numerosas tácticas, el movimiento antiaborto ha creado la impresión de que el aborto es generalmente ilegal. Esto es incorrecto. Casi todos los países permiten el aborto por lo menos para salvar la vida de la mujer. Por lo tanto, es más preciso referirse al aborto como "legalmente restringido", en lugar de ilegal.

Sostener la noción de que el aborto es ilegal, o de que los servicios deberían ser ofrecidos "solo donde el aborto no está en contra de la ley", induce deliberadamente a concepciones erróneas. En comparación reconocer que el aborto es legal en casi todas partes, por lo menos para algunos casos, brinda las bases para la acción a profesionales de la salud, a defensores y defensoras de los derechos humanos y a

otras personas que trabajan por asegurar el acceso de las mujeres a procedimientos seguros para interrumpir su embarazo.

Además los acuerdos a los que se ha llegado en Conferencias Internacionales sobre las mujeres, la población y los derechos humanos, así como los tratados sobre derechos humanos, son instrumentos poderosos para la acción, pero son subutilizados.

Los acuerdos adoptados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, representan un gran avance en materia de salud reproductiva referente al aborto. Junto con otros documentos internacionales, pueden ser utilizados para argumentar a favor de políticas de atención en salud reproductiva dirigidas a las mujeres que optan por el aborto seguro, como servicio básico de salud; tomando en cuenta diversas dimensiones de los derechos humanos como: el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad, el derecho del acceso al aborto seguro, el derecho de las mujeres a la vida y a la seguridad de la persona, el derecho de las mujeres a

alcanzar el más alto nivel posible de salud, el derecho a recibir e impartir información, el derecho a los beneficios del progreso científico, los derechos de las adolescentes, el derecho de las mujeres a la privacidad.

Todos estos documentos apoyan el derecho individual a la privacidad y argumentan en contra de la intromisión de los gobiernos. Punto que en un país como Honduras, pasa desapercibido por las leyes patriarcales impuestas por los gobiernos en turno.

Las conferencias internacionales y los documentos de derechos humanos citados anteriormente, no afirman explícitamente, el derecho de las mujeres al aborto, ni tampoco demandan legalmente los servicios de aborto seguro como un elemento de la atención en salud reproductiva. Estos acuerdos reconocen la amplia diversidad de leyes nacionales y la soberanía de los gobiernos como Honduras para determinar sus leyes y políticas nacionales en salud reproductiva. Sin embargo a pesar de estas limitaciones, los documentos de las conferencias y los instrumentos de derechos humanos si se interpretan ampliamente y si la argumentación que se utiliza es hábil pueden ser herramientas muy útiles en los esfuerzos

para incrementar el acceso a políticas de atención por aborto seguro.

### **CONCLUSIONES EN BASE A HALLAZGOS IMPORTANTES EN LA INVESTIGACIÓN**

1. El aborto continúa siendo un problema de salud ya que cientos de mujeres siguen acudiendo a centros hospitalarios a solicitar servicios por aborto natural o espontáneo.
2. En los dos centros hospitalarios : El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe no existen políticas en salud reproductiva dirigidas a la atención hospitalaria de servicios por aborto y las que existen están dirigidas al binomio madre-hijo-hija.
3. La atención y servicio hospitalario que brindan los prestadores y prestadoras de servicios en salud a las mujeres, especialmente a las que solicitan servicios por aborto esta carenciada de calidez, calidad, humanidad y ética.
4. Los prestadores y prestadoras de servicio en salud brindan atención hospitalaria a las mujeres que abortan solo por ética profesional. De lo contrario las mujeres no serían atendidas.

5. A pesar de haberse realizado pocas entrevistas a mujeres usuarias de servicios por aborto, se refleja la mala praxis médica como: atrofia de las trompas de Falopio (ya no puede tener hijo-hijas), operación de uno de los ovarios, infecciones vaginales, hemorragias severas, etc.
6. Los prestadores y prestadoras de servicios hospitalarios continúan llenos de tabúes y concepciones erróneas sobre el aborto, hecho que limita los avances en proponer políticas de atención y servicio hospitalario por aborto.
7. Los prestadores y prestadoras de servicio en salud utilizan un lenguaje técnico inapropiado, excluyente y sexista al dirigirse a las mujeres usuarias de servicios por aborto.
8. Los prestadores y prestadoras de servicios por aborto no brindan a las mujeres usuarias información oportuna y adecuada sobre su estado de salud. Aumentando en las mujeres la angustia y el miedo por lo que va a suceder, dañando su salud física y espiritual.
9. Los prestadores y prestadoras de servicios por aborto no se preocupan por brindar un seguimiento oportuno y adecuado a las usuarias de servicios por aborto,



abonando aún más al deterioro de la salud reproductiva de las mujeres.

10. Los prestadores y prestadores de servicio en salud carecen de formación técnica apropiada para brindar atención y servicios hospitalarios por aborto.
11. Los prestadores y prestadoras de servicios en salud practican exámenes en el cuerpo de las mujeres de una forma humillante, degradante y deshumanizada, alejando la posibilidad de abonar al bienestar físico y espiritual de las mujeres usuarias de servicios por aborto por medio de una atención adecuada y oportuna.
12. Las mujeres usuarias de servicios por aborto acuden a los centros hospitalarios como única alternativa para salvar la vida; ya que la atención y servicio que les brindan es tardío, inadecuado e inoportuno.
13. Las mujeres usuarias de servicios por aborto, llegan a los centros hospitalarios llenas de miedos y culpas ya que conocen de sobra que el aborto es castigado por la sociedad y penado con la cárcel.
14. Por medio de esta investigación se conocieron las reacciones de las mujeres que han recibido atención y servicio por aborto como p.e.: serenidad, tristeza, buscar ayuda, sentirse asustada.

15. Se conocieron los sentimientos de las mujeres después de vivir una experiencia por aborto manifestando éstas: tristeza, depresión, horror y desagrado.
16. Se conocieron las concepciones de las mujeres sobre el aborto, las cuales son de repudio y castigo hacia las mujeres que lo practican, manifestando estar en contra del aborto y no permitirlo por ningún motivo.
17. Se conocieron los sentimientos de las mujeres que se practican un aborto y están llenos de culpa, tristeza y dolor.
18. Mediante esta investigación se conoció que es urgente proponer políticas de atención hospitalaria por aborto para mejorar la salud de las mujeres en Honduras.

## RECOMENDACIONES

Las políticas de atención en salud reproductiva, deben encaminarse a abrir verdaderos espacios de salud integral a las mujeres, especialmente a las mujeres que abortan en una u otra circunstancia. En países como Honduras, el gobierno debe proponerse en su Plan de Acción, políticas que satisfagan las necesidades de las mujeres y no los intereses de las instituciones de salud; políticas en salud que se preocupen por el respeto al cuerpo y la vida de las mujeres.

Las recomendaciones que se plasman a continuación, están dirigidas a las instituciones que realizan una lucha constante por abolir el aborto de la sociedad hondureña, así como a las instituciones interesadas en la vida y la salud de las mujeres:

1. Revisión de las políticas en salud reproductiva que reconozcan el aborto como un problema de salud y que lo plasmen en lineamientos que incluyan la atención y el servicio por aborto.

2. De esta manera, se pueda incrementar el acceso a servicios seguros como: el entrenamiento del personal de los servicios de salud tanto médicos como de otro tipo para que brinden un trato humano a las mujeres que sufren complicaciones de abortos riesgosos.
3. Un exámen detenido de las leyes y reglamentos, en las cuales el aborto seguro puede ser proporcionado incluso en lugares donde las leyes son restrictivas como en Honduras.
4. La investigación y documentación sobre el aborto y la muerte de miles de mujeres en Honduras, pueden ofrecer evidencia persuasiva para instituir cambios en la política legislativa y en los programas dirigidos a la salud reproductiva de las mujeres.
5. Informar, educar al personal de los servicios de salud acerca de las políticas de atención en salud reproductiva; ya que, el informe de las políticas en salud reproductiva no es conocido por los trabajadores y trabajadoras de la salud. Sólo se encuentra en la Secretaría de Salud, en manos de la secretaria del Ministro.

6. Se sugiere a los movimientos feministas de Honduras invertir en publicidad para educar al público y ganar el apoyo para impulsar campañas publicitarias que apoyen políticas de atención y servicios de aborto seguro.
7. Se propone que se revise el Plan de Estudios de la carrera de las profesiones que tienen que ver con la salud; revisando y analizando los contenidos de las asignaturas, visibilizando la salud reproductiva con un nuevo enfoque; formando nuevos profesionales más humanos, sensibles, capaces de brindar una atención oportuna y de calidad.

Una atención de buena calidad en salud reproductiva de las mujeres será aquella, que inscrita en la noción de salud integral, resuelva el motivo de consulta tomando en cuenta, la historia, trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias, así como también potenciando su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos.

**BIBLIOGRAFIA**

- ◆ Antología entre Mujeres, Honduras, 1988
- ◆ Abracinskas, Lilian, Con A de Aborto, Cotidiano Mujer, México, Septiembre 1989.
- ◆ Begné, Patricia, Estrategias en salud y Derechos Reproductivos. La Legalización del Aborto en América Latina, Católicas por el Derecho a Decidir, Montevideo, Uruguay, 1993.
- ◆ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994.
- ◆ Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, China, 1995.
- ◆ Durán, María Angeles. La Jornada Interminable. Ed Icaria, Barcelona, España, 1986.
- ◆ Donabedian, Avedis. Criteria, Norms and Standards of Quality A.J.P.H. April, 1981, Vol.71 No.4.
- ◆ Indicadores Básicos de Salud, Secretaría de Salud, Gobierno de la República de Honduras, 1998.
- ◆ Informe sobre Desarrollo Humano en Honduras, PNUD, 1998.

- ◆ Incrementando el Acceso al aborto seguro. Estrategias para la Acción, International Women Health Coalition, New York, 1999.
- ◆ Chiacho, Rosa y Cecilia Anández, Yo Aborto, Tú Abortas. Todos Callamos. Ediciones Cotidiano Mujer, México, 1989.
- ◆ Foucault, Michel, Microfísica del Poder, Edición La Piqueta, 2ª. Editorial, Madrid, España, 1979.
- ◆ Figueroa, Juan Guillermo. Derechos Reproductivos y el Espacio de las Instituciones de Salud: Algunos Apuntes sobre la Experiencia Mexicana. En Derechos Reproductivos en México, D.F. 2000.
- ◆ La Nueva Agenda en Salud, 1998-2000. Secretaría de Salud, Gobierno de la República de Honduras, 1999.
- ◆ Lineamientos de Políticas 1999-2001. Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional, Secretaría de salud, Gobierno de la República de Honduras, 1999.
- ◆ Mujeres en Cifras, Tegucigalpa, Honduras, 1998.
- ◆ Matamala, María Isabel y otros, Calidad de la Atención, Género y Salud Reproductiva de las Mujeres, Santiago de Chile, 1995.
- ◆ Políticas en Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Gobierno de la República de Honduras, 1998.

- ◆ Shorodow, Nancy. El Ejercicio de la Maternidad, 1990.
- ◆ Vance S. Carlos. El Placer y el Peligro: Hacia una Política de la Sexualidad, Editorial Revolución, Madrid, España, 1989.
- ◆ Encuentro de Investigadores sobre el tema del aborto inducido en América Latina y el Caribe, servicios y prácticas de aborto, Chile, 1990.
- ◆ Red de mujeres, boletín 44, julio a septiembre, 1993.
- ◆ Romero, María Inés. Medición de Calidad de Atención Médica a Través de Satisfacción de Prestadores Médicos. Documento de Trabajo No. 2/90, CPU, enero, 1990.



# ANEXOS

UDI-DEGT-CVAH

ANEXO No.1 .

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE LA

INVESTIGACION.

UDI-DEG-UNAH

## VARIABLES E INDICADORES

CATEGORIA	DEFINICION CONCEPTUAL	AREA DE APLICACION
ABORTO	En este estudio se entenderá como la interrupción voluntaria de un embarazo que una mujer tiene, en cualquier período de gestación de manera espontánea o provocada. Por causas físicas, psíquicas o sociales.	Sala de Puerperio del Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.
ABORTO NATURAL O ESPONTANEO	Es la interrupción involuntaria del embarazo que se produce por razones físicas: caídas, medicamentos, lesiones, fiebres y dolencias del aparato reproductivo o del cuerpo en general.	Sala de Puerperio del Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.
ABORTO PROVOCADO	En este estudio se entenderá por aborto provocado aquella interrupción voluntaria del embarazo que una mujer realiza por diferentes situaciones y condiciones económicas, sociales, culturales y políticas.	Sala de Puerperio del Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.
ABORTO POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Es la interrupción de un embarazo provocado a una mujer por golpes, amenazas, gritos por el compañero de vida, esposo o familiar.	Hospital Escuela y Hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.
ATENCION MEDICA HOSPITALARIA	Es la atención y servicio que ofrece el personal médico - administrativo en las salas de puerperio a las mujeres que abortan de manera natural o provocada.	
INFORMACION	Son los datos necesarios que el equipo médico-administrativo da a conocer a la mujer sobre el aborto natural o provocado y sus complicaciones, como parte del servicio y atención hospitalaria.	
POLITICAS DE SERVICIO POR ABORTO	Son las acciones que realiza el Estado mediante la Secretaría de Salud para brindar servicio y atención médica-hospitalaria a las mujeres que abortan.	

CATEGORIA	VARIABLES	INDICADORES
<p><b>ABORTO</b></p> <p><b>MUJERES QUE ABORTAN NATURAL O ESPONTANEO</b></p> <p><b>MUJERES QUE ABORTAN DE MANERA PROVOCADA</b></p>	<p><b>CARACTERISTICAS</b></p> <p><b>SINTOMAS</b></p> <p><b>ACTITUDES</b></p> <p><b>SINTOMAS</b></p> <p><b>ACTITUDES</b></p>	<p>Edad</p> <p>Número de Embarazos</p> <p>Número de hijos</p> <p>Estado civil</p> <p>Escolaridad</p> <p>Ocupacion</p> <p>Ingresos</p> <p>Dolor de estómago</p> <p>Hemorragia</p> <p>Caida</p> <p>Golpe</p> <p>Descuido</p> <p>Mala alimentación</p> <p>Dolor de cuerpo y espalda</p> <p>Fiebres</p> <p>Expresan culpabilidad</p> <p>Exponen razones</p> <p>Buscan rápida asistencia médica.</p> <p>Dolor de estómago agudo</p> <p>Hemorragias agudas</p> <p>Dolor de cuerpo intenso</p> <p>Dolor de cadera intenso</p> <p>Dolor de vientre intenso</p> <p>Mala alimentación</p> <p>Técnica que utilizó</p> <p>Silencio</p> <p>Autocastigan</p> <p>No demandan derechos</p> <p>Culpabilidad</p> <p>Resignacion</p>

CATEGORIA	VARIABLE	INDICADORES
<p><b>POLITICA DE SERVICIO POR ABORTO</b></p>	<p><b>ATENCION MEDICA HOSPITALARIA</b></p> <p><b>INFORMACION</b></p> <p><b>MEDIDAS</b></p>	<p>Personal                      Impersonal                      Oportuna                      inoportuna                      Segura                      Insegura                      Eficaz                      Ineficaz                      Eficiente                      Ineficiente                      Calidad</p> <p>Datos                      Sobre lo que sucede                      Sobre lo que se va a realizar                      Sobre complicaciones futuras                      Sobre cuidados futuros                      Para tomar decisiones</p> <p>Forma de registro                      Denuncia                      Vigilancia Policial                      Gastos por Aborto</p>

ANEXO No. 2

POLITICAS GENERALES EN SALUD REPRODUCTIVA DE  
LA SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS

## POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA

### POLÍTICAS GENERALES EN SALUD REPRODUCTIVA

- ✧ Se reconoce a la familia como pilar fundamental de la sociedad.
- ✧ Reconocer a la salud reproductiva como proceso de toda la vida y una parte integral del desarrollo humano.
- ✧ Respetar los derechos de los hombres, las mujeres y los niños en materia de salud reproductiva.
- ✧ La atención en salud reproductiva se debe ofrecer con calidad y debe garantizar acceso al sistema de salud.

### POLÍTICAS GENERALES EN SALUD REPRODUCTIVA

- ✧ El abordaje a los problemas de salud reproductiva implica la participación coordinada de todos los actores posibles dentro de la sociedad, así como la realización de actividades intra e intersectoriales, asumiendo una responsabilidad compartida.
- ✧ Fomentar la participación del hombre y la mujer, con igual cuota de responsabilidad.
- ✧ Desarrollar acciones de promoción y prevención de salud en los y las adolescentes, que son capital humano del desarrollo.
- ✧ Desarrollar y aplicar las normas técnicas que constituyen el instrumento científico, técnico y legal que sistematiza las acciones de la Secretaría en materia de Salud Reproductiva.

## *POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA*

### Políticas Generales en Salud Reproductiva

- ❖ Desarrollo de investigaciones operativas que contribuyan con sus resultados a vencer obstáculos existentes para la ampliación del acceso, la efectividad y eficiencia, así como el mejoramiento de la calidad de los servicios en salud reproductiva, para hombres y mujeres.
- ❖ Enfatizar el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal como instrumento para conocer más ampliamente estos hechos.

### Políticas Específicas por Componentes en Salud Reproductiva

#### A. Políticas en Planificación Familiar

- ❖ La planificación familiar se considera una estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna.
- ❖ Todos los ciudadanos (as) tienen derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a recibir información y servicios necesarios.
- ❖ Los servicios de planificación familiar estarán integrados a los de atención integral a la mujer, basados en el concepto amplio de salud reproductiva y para que pongan al alcance de éstos, en todo momento, la oportunidad de recibir protección anticonceptiva como parte esencial de cualquier atención.



## Políticas Específicas por Componentes en Salud Reproductiva

### A. Políticas en Planificación Familiar

- § Todos los servicios de salud, de acuerdo a su nivel de responsabilidad, tendrán disponibilidad de los diferentes métodos de planificación familiar que garanticen el acceso a los mismos de manera libre y responsable.
- § Todo personal responsable de indicar y suministrar métodos de planificación familiar debe estar capacitado para ese fin y certificado como tal.

## POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA

### Políticas Específicas por Componentes en Salud Reproductiva

#### B. Políticas en salud perinatal (Embarazo, parto, puerperio y recién nacido)

- ✦ Continuar dando prioridad a la protección de la salud de la mujer, especialmente durante el embarazo, parto y puerperio.
- ✦ Fortalecer con mayor intensidad la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo.
- ✦ Se orientará y asesorará a la mujer para la aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en el postparto.
- ✦ Se incrementará el parto institucional, especialmente cuando se sospeche una complicación, facilitando el parto de bajo riesgo a nivel domiciliar, y en todo caso, garantizando un parto limpio.

## Políticas Específicas por Componentes en Salud Reproductiva

### B. Políticas en salud perinatal (Embarazo, parto, puerperio y recién nacido)

- ✦ Se continuará la construcción y funcionamiento de Clínicas Materno Infantil, Hogares Maternos y Casas Comunitarias de Parto, como elementos para permitir mejor acceso a la atención de parto con calidad y oportunidad, para garantizar la sobrevivencia de la madre y los niños (as).
- ✦ Mejorar la calidad del manejo de las emergencias obstétricas a todo nivel y especialmente en los hospitales de referencia.
- ✦ Fortalecer los servicios de salud para atender de manera apropiada al recién nacido, evitando las muertes relacionadas con asfixia, prematuridad, sepsis, y otras.
- ✦ Incrementar las acciones para la promoción y práctica de la lactancia materna exclusiva.

## POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA

### C. Políticas Sobre Salud Reproductiva de los y las Adolescentes

- ✓ Aplicar la estrategia de atención integral a la adolescencia fomentando una cultura de equidad entre los géneros, sin discriminación etaria y con el reconocimiento de sus derechos.
- ✓ Se promocionará la postergación del inicio de las relaciones sexuales.
- ✓ Se desarrollarán acciones para evitar el segundo embarazo.
- ✓ Se fortalecerán los grupos de voluntarios adolescentes promotores de la salud sexual y reproductiva.

## *POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA*

### Políticas en Salud Integral de la Mujer

Continuar apoyando el desarrollo de estrategia para la identificación temprana y el manejo oportuno y adecuado del cáncer de cérvix y de mama.

Las parejas infértiles tendrán respuesta en la medida de la capacidad tecnológica del sistema y de la causa que determine esa condición. En todo caso, se procurará satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Los servicios de salud deberán adecuarse para dar una atención digna y respetable al (la) adulto (a) mayor, enfatizando en la mujer durante el climaterio y menopausia, atendiendo sus necesidades físicas, biológicas, fisiológicas, emocionales, endocrinológicas, y sobre todo afectivas.

## *POLITICAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA*

### D. Políticas en Salud Integral de la Mujer

- ✦ Deberá promocionarse y desarrollarse otras acciones destinadas a abolir toda forma de violencia, física, sexual, emocional y de otra índole, en la familia y la sociedad.

ANEXO No. 3

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA NUEVA AGENDA EN  
SALUD

# REORGANIZACION DEL MODELO DE ATENCION

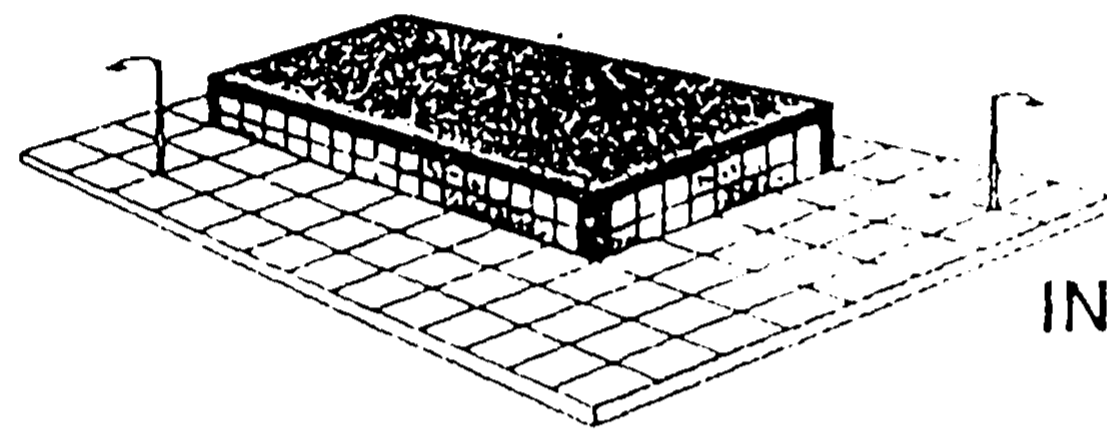
NIVELES DE ATENCION

NIVELES ADMINISTRATIVOS

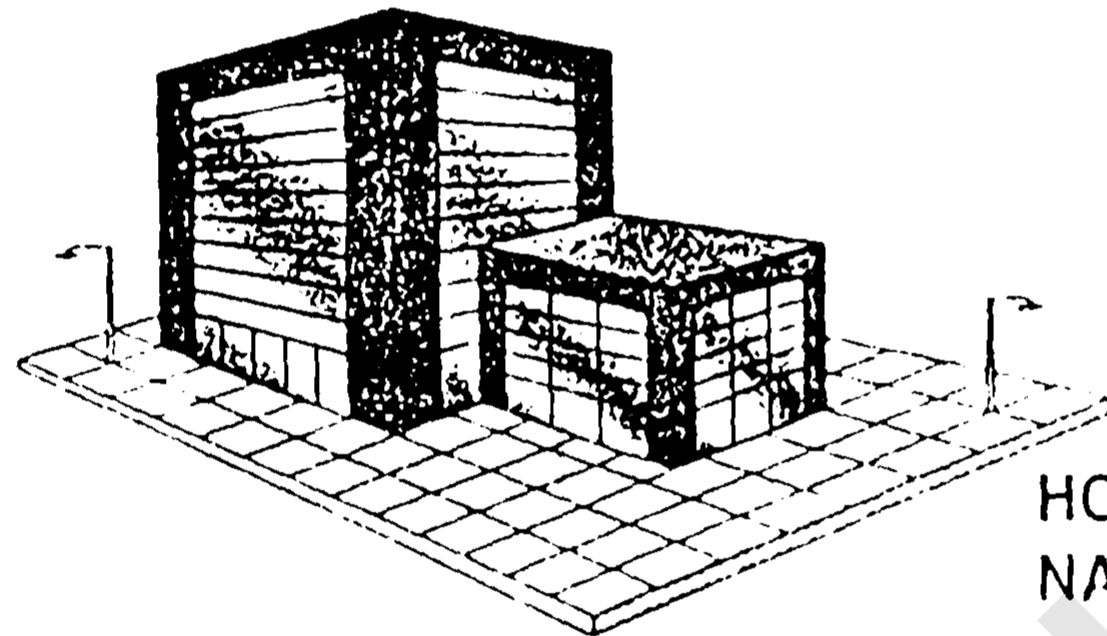
3ER. NIVEL

2DO. NIVEL INTERMEDIO

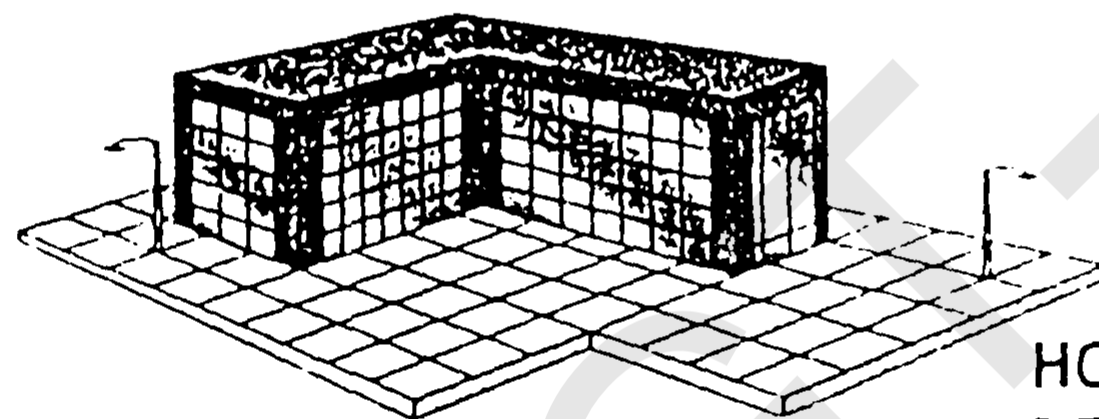
1ER. NIVEL



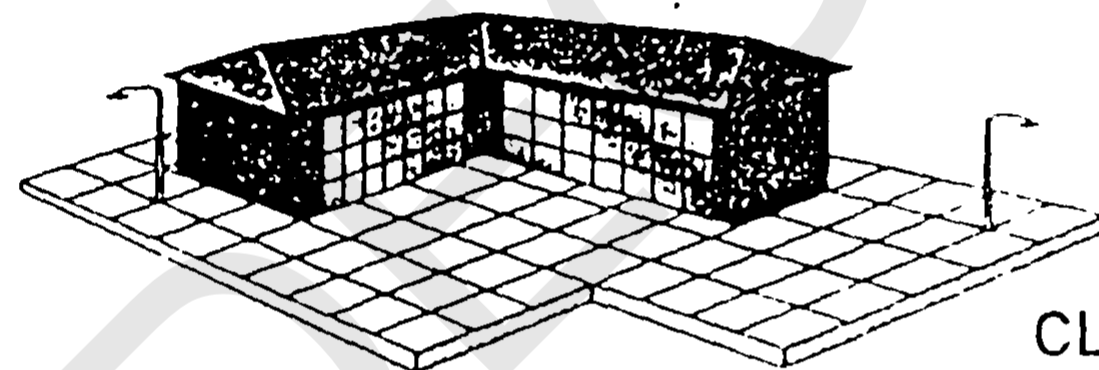
INSTITUTOS



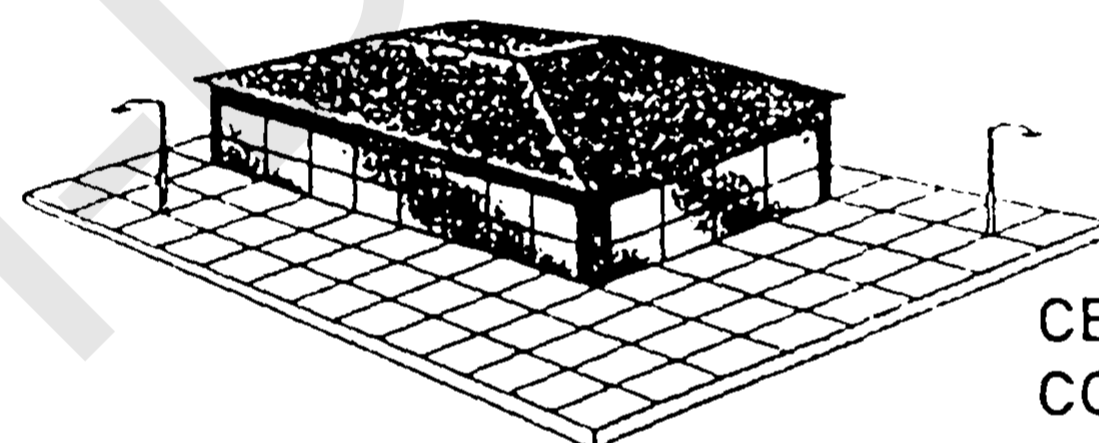
HOSPITAL NACIONAL



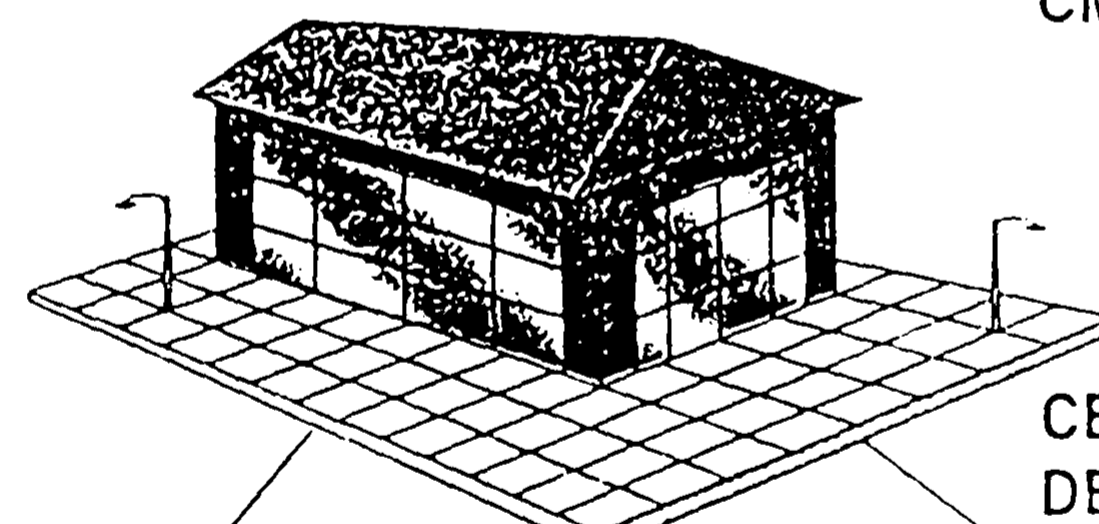
HOSPITAL DEPARTAMENTAL



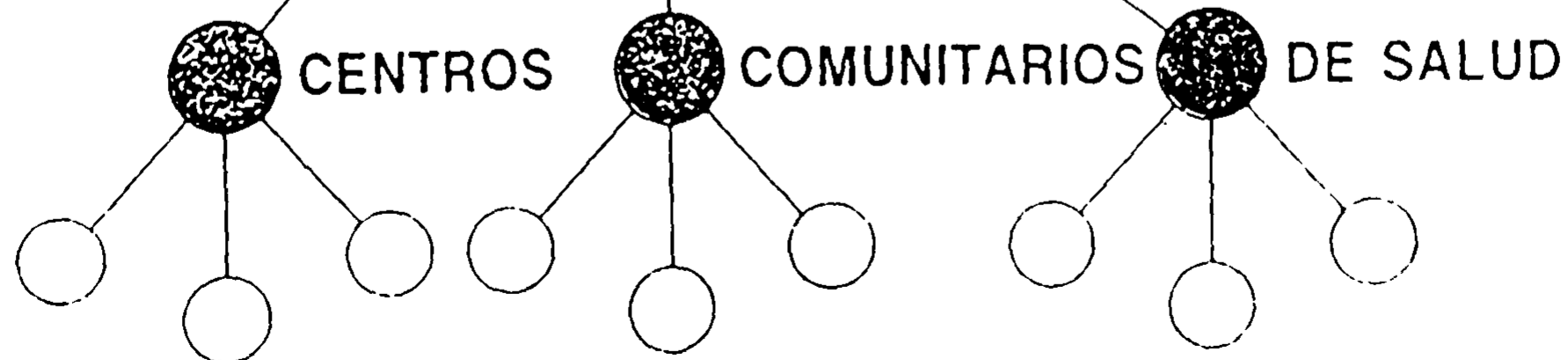
CLIPER



CENTRO MEDICO CON OTROS SERVICIOS CMI



CENTRO MEDICO DE SALUD



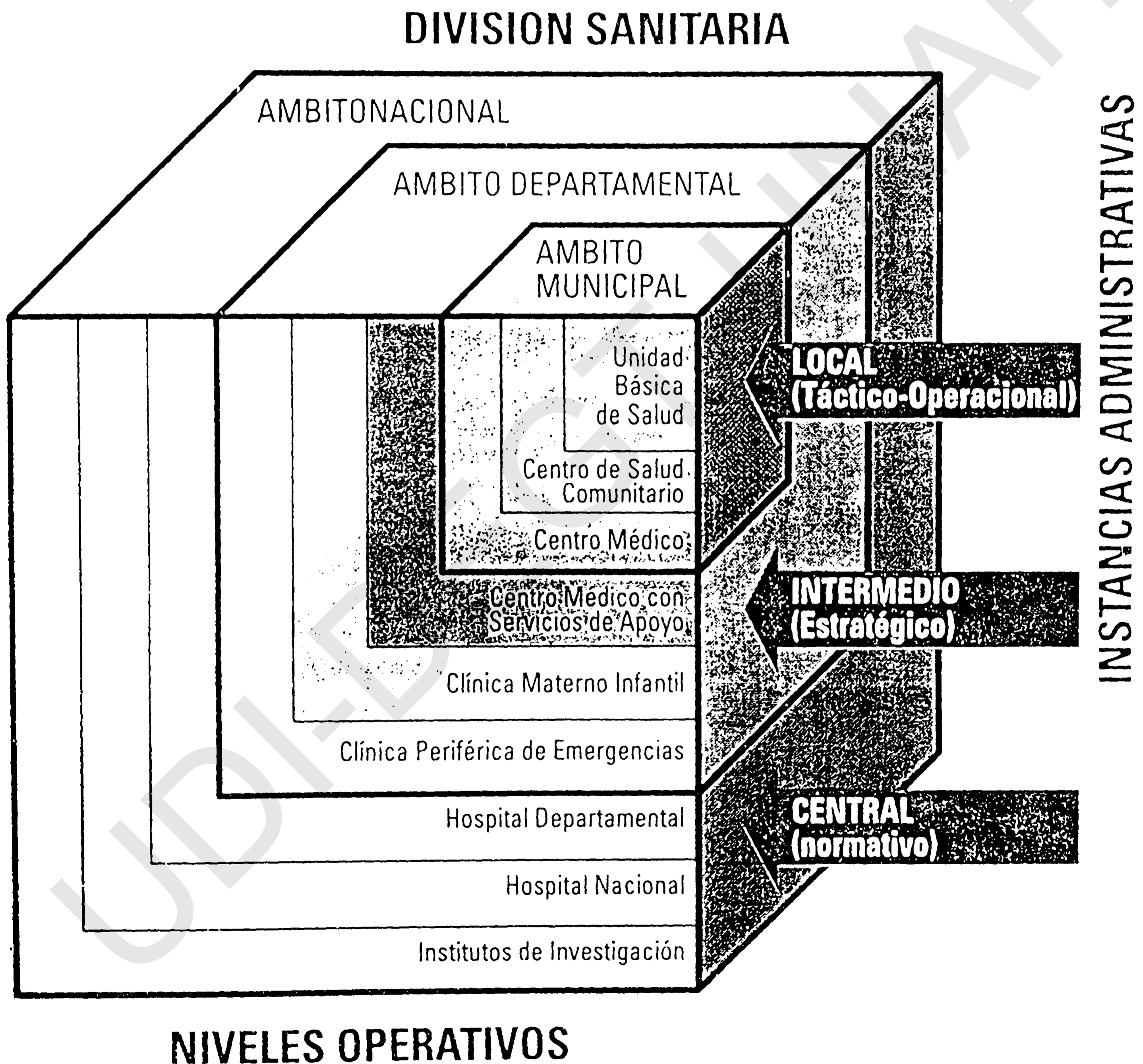
UNIDADES BASICAS DE SALUD

NIVEL DEPARTAMENTAL

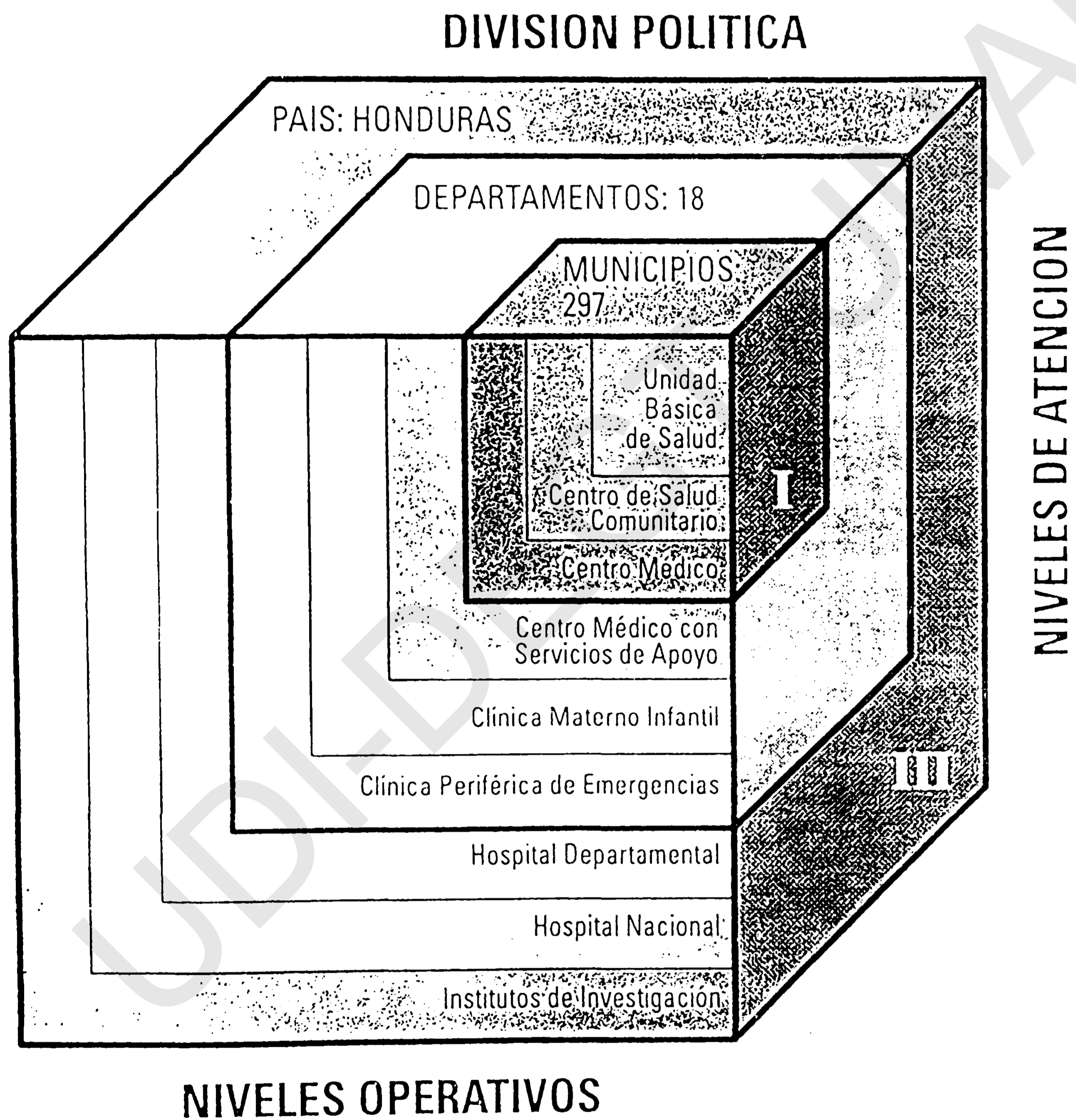
NIVEL NACIONAL

NIVEL MUNICIPAL

# CORRELACION SANITARIO-ADMINISTRATIVA DE LA NUEVA AGENDA EN SALUD



# CORRELACION GEOPOLITICA-OPERATIVA DE LA NUEVA AGENDA EN SALUD



ANEXO No. 4

LINEAMIENTOS DE POLITICAS 1999-2002

UDI-DEG-TUNAH



*Transformación del sector salud en la reconstrucción nacional*

referidos a la descentralización, desconcentración, intersectorialidad y gestión local, autonomía hospitalaria, nuevas modalidades de financiamiento y gestión.

### **Plan de Acción**

Existe la voluntad política de cambio en las instituciones y en el sector, sin embargo, la construcción de consensos determinará la profundidad y el alcance de la transformación, a partir de una amplia base de consulta a través de foros de participación ciudadana, de gremios, trabajadores, entes políticos y religiosos, iniciativa privada, universidades y público en general.

Durante el primer año (1999), de sensibilización y consulta, se realizarán estudios técnicos que sustenten las propuestas de transformación y se formarán grupos consultivos especializados que permitan la viabilidad de la propuesta.

Las principales líneas de acción para el futuro inmediato serán:

- Incorporar la Política de Transformación del Sector Salud al Plan Maestro de la Reconstrucción Nacional.
- Fortalecer el papel rector del Estado para garantizar la funcionalidad del sistema de salud, asegurando la sostenibilidad política, legal y financiera.
- Favorecer la participación social y municipal en la descentralización de la salud.

---

Definir la integración funcional del Sistema Nacional de Salud de una manera participativa con las entidades del sector que lo constituyen.

La definición del Sistema Nacional de Salud requerirá un gran esfuerzo de todos los sectores involucrados, para lo cual se considera la creación de un mecanismo que operativice las consultas, la búsqueda de consenso y la concertación.

Definir las funciones de los integrantes del sistema, en rectoría, prestación de servicios, formación de recursos y financiamiento para lograr una mejor utilización de los recursos, y una adecuada articulación sectorial, lo cual requiere un cambio sustancial en las estructuras y funciones de todas las instituciones del sector.

Priorizar la definición de una política de recursos humanos en salud, de acuerdo a las necesidades del país.

Revisión de los planes de estudio, integración docente asistencial y programas de postgrado.

Definir la demanda de inversiones en el sector público de salud, con un Plan Maestro de Inversiones, acorde a la reorganización del sistema nacional que establece su viabilidad técnica y financiera y es el instrumento de negociación con los organismos internacionales.

Se creará el Comité Consultivo cuyas funciones, entre otras, serán las de analizar la situación de salud del

Transformación del sector salud en la reconstrucción nacional

país, establecer las bases para la creación del Consejo Nacional de Salud, organizar los Consejos Territoriales y habilitar los grupos consultivos temáticos. Los miembros del Comité Consultivo serán seleccionados por el Ministro de Salud.

En el segundo año (2000), de cambios operativos de acuerdo a lo concertado, se llevarán a cabo en forma de aproximaciones sucesivas en terreno, planes piloto y otras modalidades.

En el tercer año (2001) de consolidación y generalización, se harán los cambios legales pertinentes, gestionando la legislación que asegure la sostenibilidad del proceso.

La formación de Consejos y el fortalecimiento Municipal, favorecerán la participación social en la consecución de los objetivos nacionales.

Secretaría de Salud

ANEXO No. 5

GUIA DE RUTINA HOSPITALARIA

UDI-DEGT-UNAH

## GUIA DE RUTINA HOSPITALARIA INGRESO A SALA DE PUERPERIO

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

HORA O TURNO \_\_\_\_\_

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Número de hijos:

Ocupación:

Tipo de servicio que solicita:

Tiempo de atención

Tipo de atención

Personal que la atiende

Tono de voz de la mujer al médico

Tono de voz del médico a la mujer

Preguntas que le hacen a la mujer

Información que da la mujer

Información que da el médico

Lenguaje que utiliza

Forma que utiliza para dar la información

Expresiones verbales.

Tipo de exámenes que realiza

Qué exámenes le hacen

Como le hacen los exámenes

Exámenes de laboratorio

Períodos de visita médica.

**GUIA DE RUTINA HOSPITALARIA.**  
**RUTINA DE PRE-INGRESO**

HOSPITAL \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

HORA O TURNO \_\_\_\_\_

Nombre:

Edad:

Número de Hijos:

Estado civil:

Ocupación:

Tipo de servicio que solicita:

Tiempo de atención

Tipo de Atención

Tono de voz de la mujer al médico

Tono de voz del personal médico a la mujer

Preguntas que le hacen a la mujer

Información que da la mujer

Información que da el médico

Lenguaje que utiliza para dar la información

Forma que utiliza para dar la información

Expresiones verbales

Personal médico que atendió a la paciente

Exámenes de laboratorio

Número de mujeres que llegaron por aborto.

**RUTINA HOSPITALARIA**

**HOSPITAL SAN FELIPE**

**5 DE ABRIL DEL 2001**

**Hora 6:00-2:00 pm.**

**SALA DE PUERPERIO**

La sala de Puerperio cuenta con una estación de enfermería y un lugar de curación. Los baños y servicios sanitarios se encuentran fuera de la sala.

**Personal que atiende la sala: 2 enfermeras**

**No de camas:24**

**Pacientes por aborto:3**

**Camas ocupadas por pacientes: 11**

8 :00 am Información de enfermera a las mujeres de sala de Puerperio sobre el tratamiento y cuidado dirigido a los niños y niñas recién nacidas y recién nacidos.

8:30 am Médico Ginecólogo pasó revisión a mujeres

M

9:00 am: Desayuno, helado, plátano, pan molde, frijoles.

9:30 am: La ropa de cama no ha sido cambiada.

9:40 a.m. La Trabajadora Social, entrega material sobre planificación de la familia a cada una de las mujeres . Solo les dijo: "Lo leen y se informan". Sin informar, que contiene el documento a las mujeres analfabetas.

-Se tardó 10 minutos en tomar la información que requería y luego se retiró.

-La información de la Sala de Puerperio, no es accesible a las mujeres pacientes. Las mujeres pacientes que necesitan algo, como localizar a parientes o comprar medicina u otra cosa, tienen que recurrir a pedir favores al personal de servicio.

10:00 a.m. Médico Pediatra pasa revisión a los niños y niñas recién nacidos y nacidas. No informa a las mujeres del peso y estatura de su hijo o hija. Hasta que les dan el alta las mujeres pueden conocer esa información. El médico, examina en silencio, sin dar ninguna información a las mujeres.

-La Trabajadora Social, pide los recibos a las mujeres de cancelación de los servicios y les entrega una boleta del alta. Esta profesional realiza esta tarea desde el escritorio

de la enfermera, llamando a las pacientes, las cuales se tienen que levantar con sus bebés para realizar el trámite.

-Una paciente solicita pastilla de acetaminofen; la enfermera le informa que no tienen en existencia. La paciente envía a comprar el medicamento con una mujer de personal de servicio del hospital.

-Las enfermeras durante este turno han pasado en la estación de enfermería. Sólo que se presente una emergencia o consulta de alguna paciente se levantan.

-Se cambian las sábanas de las camas por personal de limpieza, quien saca basura, limpia mesas, limpia ventanas. No saluda

10:30 Mujer del Personal de Limpieza recoge platos del desayuno. No cruza palabras, no saluda.

La Trabajadora Social, llama a la paciente de la cama 12 para preguntarle ¿que tuvo?, en repetidas veces, alzando la voz, sin levantarse de la estación de enfermería, que es una oficina privada.

-La enfermeras continuaron en la estación de enfermería, hasta finalizar el turno.



#### **4.2.4 HOSPITAL ESCUELA**

**5 de abril del 2000.**

**Hora: 2:00-6:00 pm**

**Sala de Puerperio**

**Camas: 27**

**Camas ocupadas: 14**

**Pacientes por aborto: 4**

1:00 pm Revisión a las mujeres por el médico ginecólogo.

El procedimiento para realizar el examen vaginal a la paciente fue el siguiente: La enfermera preparaba a la paciente (le pedía a las mujeres que se quitaran el calzón desechable, que se acostaran en la mesa de examen, se abriera). Luego, pasaba una por una al examen. Cada examen (tacto vaginal) duró un tiempo máximo de 2 minutos por mujer. El médico, luego que examinaba a la paciente, esperaba a la próxima paciente, cambiando de guante para examinar. No saludó a la paciente, ni preguntaba nada. No habló en ningún momento mientras realizó los exámenes a las 14 mujeres de la sala. La enfermera, hablaba sólo si le dejaban algún examen a la mujer.

El médico, se retiró al terminar este procedimiento.

El médico medía 1.90 m. de estatura.

El doctor en turno realizó exámenes vaginales a las mujeres de la sala recién paridas en un tiempo de 15 minutos.

Las enfermeras estuvieron pendientes de los exámenes de una de las pacientes. Luego retornaron a la Estación de Enfermería.

de Personal de enfermería.

-Las enfermeras no mencionan a la paciente por su nombre, sino que dicen: "ella también tiene pendiente hematocrito...No dieron información en base al expediente de la paciente. Lo hicieron diciendo: "Ella tiene el alta..ella ya se fue...ella tiene pendiente examen... en ningún momento mencionaron su nombre.

-En la Sala de Puerperio no hay agua potable para que las mujeres beban. Estas tienen que mandarla a comprar.

2:30 pm El médico ginecólogo, regresó a la Sala de Puerperio a llenar los expedientes de cada paciente que examinó.

3:00 pm La enfermera de turno, al percartarse de la presencia de una paciente que se había retirado sin el alta y se encontraba de nuevo en la sala. Expreso delante de la paciente lo siguiente: "Que no debían recibirla, porque se

había ido sin decirle a nadie y a ella(enfermera de turno) la habían responsabilizado." A pesar de la solicitud de no recibirla, el hospital le había dado ingreso nuevamente a lo que la enfermera continuó diciendo "a mí(enfermera) nunca me dijeron como parir los hijos en el Hospital y no tengo porque hacerlo ". Este hecho sonrojó a la paciente ya que el regaño fue frente a las demás pacientes de la sala.

4:00 pm las enfermeras continúan en la estación de enfermería.

Algunas enfermeras terminaron su turno.

Llegaron las médicas pediatras a revisar a los niños y las niñas. Les pidieron en voz alta a las mujeres pacientes que llevaran a sus bebés para revisión. Diciendo: "Toda mujer que fue revisada y le hicieron sus exámenes puede pasar para que le revisemos el bebé...una por una la que venga primero, la atenderemos primero." Las mujeres se encuentran recién paridas y se tienen que levantar para hacer fila con su bebé en brazos para recibir la atención médica..

La atención duró 3 minutos por paciente. No saludan a las pacientes. Usan lenguaje técnico al realizar el examen. Le dicen a la madre: "Dele de mamar". Le entregan al niño. Termina la consulta.

La quinta paciente le preguntaron: "como estuvo el parto", ella contestó: Bien. Recibió una sonrisa de la médica.

La médica pediatra, cambia su modo de dar consulta al percatarse de mi presencia. Se tardó más en dar la consulta, dialogó con la paciente y le explicó con un lenguaje más sencillo como estaba el bebé. Lo cargó y se lo entregó en los brazos a la madre.

4:30 pm La enfermera avisó al grupo de madres solteras, que podían recibir el alta si presentaban su tarjeta de identidad y el recibo cancelado del hospital. Las pacientes que estaban casadas debían presentar el carnet de identidad del esposo para poder salir del hospital. Agregando: " si no lo entregan a las 6 de la tarde se quedan otro día".

Mencionar, que la atención que se brindó a las mujeres que estaban con diagnóstico de aborto fue igual que la del resto de mujeres por parto. Además, no se observó ninguna diferencia de atención hospitalaria del personal médico administrativo del Hospital Escuela y del Hospital San Felipe; fue igual de deshumanizada.

ANEXO No. 6

ENTREVISTA A MUJERES POR ABORTO NATURAL O  
PROVOCADO

UDI-DEGT-UNAH

**ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO.**

Objetivo: Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios El Hospital San Felipe y el Hospital Escuela.

**DATOS GENERALES.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: Menor de 15 años \_\_\_ 15-19 años \_\_\_ 20-35 años \_\_\_ 35-45 años o más \_\_\_

Estado Civil: Casada \_\_\_ Soltera \_\_\_ acompañada \_\_\_ divorciada \_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**SALUD REPRODUCTIVA**

No. De embarazos: \_\_\_\_\_

No. De Partos: \_\_\_\_\_

No. De Abortos: \_\_\_\_\_

Hijos Vivos: \_\_\_\_\_

Hijos Muertos: \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ \_\_\_\_\_

Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ \_\_\_\_\_

Describa los malestares o síntomas que sintió antes de llegar al hospital?

R/ \_\_\_\_\_

Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ \_\_\_\_\_

Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ \_\_\_\_\_

Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/

Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/

Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/

Qué información ha proporcionado usted a la enfermera?

R/

Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico-enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento

R/

Qué exámenes le han realizado?

R/

Quién le realizó los exámenes?

R/

Describa el tratamiento que le dejaron?

R/

Describe como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/

Describe como reaccionó en ese momento? ¿Por qué?

R/

Describe como se siente a nivel físico? Por qué?

R/

Qué piensa de lo que pasó?

R/

### **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

Que opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/

Mencione las causas del aborto provocado.

R/

Qué opina del aborto natural? Por qué?

R/

Mencione las causas del aborto natural.

R/



En qué condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/

Qué opina de las mujeres que abortan?

R/

UDI-DEGT-UNAH

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Doris Yolanda Zunza Ordóñez

Edad: 20-35 años

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: 6 to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: Escuela

Domicilio: Barrio Las Mercedes

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 4

No. De partos: 2

No. De Abortos : 2

Hijos Vivos: 2

Hijos Muertos: 2

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 4 horas

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 2 días

3. Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ Por que se me vino el bebé.

4. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Dolor de vientre intenso e insoportable, sangrado, escalofríos, mareos. Me sentía mal llevaba fiebre.

5. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Bien .Normal. Porque me atendieron y no me dejaron morir.

6. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Bien. Normal también porque me atendieron como le dije anteriormente no me dejaron morir.

7. Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Primero me hicieron preguntas de por qué el bebé quería ser abortado, eso me incomodó porque yo no he querido abortar a mi bebé. El médico dice que estoy fuera de peligro.

8. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Ninguna, solo me ha dicho que me cuide.

9. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Por qué motivo el bebé estaba siendo abortado, por alguna caída, si había tomado algo, si me había puesto una sonda. El doctor dijo que si yo me había provocado el aborto no me atendería adecuadamente. Entonces le conté que mi compañero de vida me había golpeado y me había dado una patada en el estómago. Esa es la verdad y no me lo he provocado y eso me hace sentir mal, que no me crean.

10. Qué información le ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ La misma que al médico.

11. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico- enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento.

R/ Normal. Pero me he sentido mal con pesar. Sentí que no me creyeron lo que me ha pasado y creen que yo me provoqué el aborto.

12. Qué exámenes le han realizado?

R/ Vaginales, de sangre, orina, lavados.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ El médico.

14. Describa el tratamiento que le dejaron?

R/ Ninguno.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Mal, deprimida, triste, porque de perder al bebé y de que no me crean lo que pasó.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Reaccione buscando ayuda en ese momento porque sentía que me moría.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Adolorida. Todo el cuerpo siento que me duele. Pero gracias a Dios ya pasó todo y estoy bien.

18. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que gracias a Dios todo salió bien. Pero estoy triste por la pérdida del bebé y porque aquí me han hecho sentir mal al dudar de mí.

## **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que es lo más cruel que puede pasar. Porque va en contra de la voluntad de Dios. Se atenta contra la propia vida. No es correcto.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

Que son cosas que pasan sin que uno lo espere.

R/ Mencione las causas del aborto natural?

Maltrato del marido como en mi caso, no conozco otros. Tal vez que la mujer este enferma.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición, el aborto va en contra de Dios.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que no saben lo que hacen, que están lejos de Dios.

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Rita Consuelo Velásquez

Edad: 35-45 años

Estado Civil: Casada

Escolaridad: 4to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: Escuela

Domicilio: Col. Los Robles, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 8

No. De partos: 8

No. De Abortos : 3

Hijos Vivos: 5

Hijos Muertos: 3

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 2 horas

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 4 días.

3. Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ Por un aborto y me hicieron un legrado.

4. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Dolor de estómago, fiebre.

5. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Bien .Me trataron bien porque venía muy mal y me atendieron.

6. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Excelente porque me han atendido cuando las necesite.

7. Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Que me encuentro bien, que ya salí de peligro, que se ha controlado la hemorragia. Que estoy bien.

8. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Ninguna, ella no me ha informado mucho.

9. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Me preguntó que cuántos hijos tenía, donde vivía. Todo lo relacionado con la menstruación, los dolores que sentía.

10. Qué información le ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ La misma que al médico. Cuántos hijos tengo, cuántos años tengo, donde vivo.

11. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico- enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento.

R/ Buena. Me trataron bien.

12. Qué exámenes le han realizado?

R/ Sangre, orina, legrado, ultrasonografía.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ El médico el legrado y los otros las enfermeras.

14. Describa el tratamiento que le dejaron?

R/ Ninguno.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Tristeza. Porque había perdido al bebé. Me sentía muy triste. Estoy triste es una experiencia desagradable.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Serena. Porque es lo único que podía hacer en ese momento. Estar serena.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Adolorida. Todo el cuerpo siento que me du

18. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que gracias a Dios todo salió bien. Pero estoy triste por la pérdida del bebé y porque aquí me han hecho sentir mal al dudar de mí.

### **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que es lo más cruel que puede pasar. Porque va en contra de la voluntad de Dios. Se atenta contra la propia vida. No es correcto.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

Que son cosas que pasan sin que uno lo espere.

R/ Mencione las causas del aborto natural?



Maltrato del marido como en mi caso, no conozco otros. Tal vez que la mujer este enferma.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición, el aborto va en contra de Dios.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que no saben lo que hacen, que están lejos de Dios.

UDI-DEGT-UNAH

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Karla Lorena Góchez Cruz

Edad: 15-19 años

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: 3er. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: Escuela

Domicilio: La Peñas, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 3

No. De partos: 3

No. De Abortos : 1

Hijos Vivos: 2

Hijos Muertos: 1

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 4 horas. Me costo ingresar. Me dijeron que el feto estaba muerto y me dijeron que tenía que esperar.

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 3 días.

3. Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ Porque se me murió el bebé adentro del estómago antes de nacer. Por un aborto y me hicieron un legrado.

4. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Dolor de estómago, fiebre.

5. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Bastante bien. Aunque costó que me atendieran.

6. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ La atención fue bastante mal. Sentí rechazo porque hubo mucha indiferencia de ellas hacia mí..

7. Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Que me encuentro bien y fuera de peligro.

8. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Ninguna.

9. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ No hubieron preguntas. Yo pregunté porque había fallecido el bebé. Pero no he obtenido ninguna respuesta de los médicos.

10. Qué información le ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ Ninguna.

11. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico- enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento.

R/ Mal porque costo que me atendieran, sentía que me moría y fueron indiferentes. Algunos doctores fueron amables, pero las enfermeras no fueron amables.

12. Qué exámenes le han realizado?

R/ Me pusieron sueros abortivos y por la vagina, me hicieron exámenes de sangre, orina, legrado, ultrasonografía.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ El doctor ginecólogo.

14. Describa el tratamiento que le dejaron?

R/ Ninguno.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Mal porque nadie me informó porque se murió el bebé si había estado en control.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Asustada de ver el bebé muerto. No puedo olvidar ese momento.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Mal porque tengo una infección y tengo que estar aquí más tiempo.

18. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que es algo muy triste y desagradable que no se lo deseo a nadie.

### **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que es arriesgado y puede darse por la ignorancia de la madre ya que los médicos no explican completamente todo cuando viene a control. Que atenta contra la vida de uno mismo. Que no es correcto.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

R/ Que no debe hacerse porque son vidas humanas. Que debe de cuidarse, informarse.

22. Mencione las causas del aborto natural?.

R/ No conozco.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición, porque va en contra de Dios.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que están en contra de la voluntad de Dios, ya que el aborto no es correcto porque atentan contra su propia vida.

UDI-DEGT-UNVAH

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Santos Francisca Castillo

Edad: 20-35 años

Estado Civil: Casada

Escolaridad: 6to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: Escuela

Domicilio: Comayagua, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 1

No. De partos: 1

No. De Abortos : 1

Hijos Vivos: 0

Hijos Muertos: 1

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 2 horas

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 15 días.

3. Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ Por un aborto.

4. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Con el dolor pasé 15 días, luego empecé a sangrar. Entonces fui al control, el médico me recetó unas inyecciones para cortar el sangrado. Pero después no aguanté el dolor y me vine al hospital de emergencia.

5. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Mala. Porque ingresé a las 5:30 a.m. y me hicieron el legrado hasta la 1 de la mañana del otro día. Cuando me atendieron ya había perdido al bebé. Fue mala porque había médicos y practicantes y sentí como que habían practicado conmigo. Porque fue hasta el noveno día que diagnosticaron que era aborto, que tenía 3 meses de embarazo y que el feto se había hecho viejito adentro. Creo que han sido irresponsables porque ellos no sabían que tenía y me crearon una gran inseguridad.

6. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Fue una atención mala, no fui atendida en el momento que necesité. Me estuvieron examinando y maltratando .

7. Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Que me encuentro bien, pero que no voy a poder tener otro bebé.

8. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ La misma que el médico.

9. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Me preguntó cuántos hijos he tenido, menstruación, edad, donde vivo. Yo pregunté que si me iban a quitar la matriz. El médico respondió que no. Es lo único que pregunté.

10. Qué información le ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ Ninguna. Ella no me ha preguntado nada.

11. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico- enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento.

R/ Con amabilidad al principio, pero después se pusieron impacientes porque yo no quería colaborar o sea que no quería que continuaran realizándome el examen de tacto porque me lastimaban. La que me lastimaba más era la doctora y me trató muy mal. Todos estos días fueron desagradables. Pasé como una semana en un proceso de exámenes desagradables. Me sentía toda lastimada. Después de 9 días me hicieron el legrado y me dijeron que había sido un aborto ectópico y jamás se me va a olvidar esa palabra. Me dijeron que el feto se había hecho viejito adentro. Que no se había podido desarrollar. Por eso era que sangraba tanto. Yo no sabía lo que tenía. No me había informado en el control que si sangraba tenía que ir de emergencia al hospital. Hoy no puedo tener otro bebé.

12. Qué exámenes le han realizado?

R/ Sangre, orina, tacto, ultrasonografía.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ El médico con apoyo de las enfermeras.

14. Describa el tratamiento que le dejaron?

R/ Ninguno.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Triste muy triste porque perdí a mi bebé y no se si podré tener otro. Me he sentido muy deprimida.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Con tristeza. Triste me puse triste.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Bien. Un poco lastimada y adolorida, pero me siento bien.



18. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que ha sido algo horrible que no se lo deseo a ninguna mujer. Me han dicho que no podré tener otro bebé porque tengo obstruidas las trompas de Falopio.

### **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que es pecado y que Dios castiga. Que no debe realizarse ya que Dios da la vida y solo el la puede quitar.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

R/ Que se da por falta de información cuando se va a control con el médico. Como en mi caso. Esto no hubiera pasado si me hubieran informado a tiempo.

22. Mencione las causas del aborto natural?

R/ Falta de información, descuido de la mujer, caídas, golpes.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición. Porque es pecado y malo ante los ojos de Dios.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que son asesinas ya que matan a sus propios hijos.

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Rita Consuelo Velásquez

Edad: 35-45 años

Estado Civil: Casada

Escolaridad: 4to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: Escuela

Domicilio: Col. Los Robles, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 8

No. De partos: 8

No. De Abortos : 3

Hijos Vivos: 5

Hijos Muertos: 3

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA POR ABORTO.**

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 2 horas

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 4 días.

3. Por qué se encuentra hospitalizada?

R/ Por un aborto y me hicieron un legrado.

4. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Dolor de estómago, fiebre.

5. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Bien .Me trataron bien porque venía muy mal y me atendieron.

6. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Excelente porque me han atendido cuando las necesite.

7. Qué información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Que me encuentre bien, que ya salí de peligro, que se ha controlado la hemorragia. Que estoy bien.

8. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Ninguna, ella no me ha informado mucho.

9. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Me preguntó que cuántos hijos tenía, donde vivía. Todo lo relacionado con la menstruación, los dolores que sentía.

10. Qué información le ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ La misma que al médico. Cuántos hijos tengo, cuántos años tengo, donde vivo.

11. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico- enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento.

R/ Buena. Me trataron bien.

12. Qué exámenes le han realizado?

R/ Sangre, orina, legrado, ultrasonografía.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ El médico el legrado y los otros las enfermeras.

14. Describa el tratamiento que le dejaron?

R/ Ninguno.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Tristeza. Porque había perdido al bebé. Me sentía muy triste. Estoy triste es una experiencia desagradable.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Serena. Porque es lo único que podía hacer en ese momento. Estar serena.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Adolorida. Todo el cuerpo siento que me duele.

18. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que gracias a Dios todo salió bien. Pero estoy triste por la pérdida del bebé y porque aquí me han hecho sentir mal al dudar de mí.

### **CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.**

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que es lo más cruel que puede pasar. Porque va en contra de la voluntad de Dios. Se atenta contra la propia vida. No es correcto.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

Que son cosas que pasan sin que uno lo espere.

R/ Mencione las causas del aborto natural?

Maltrato del marido como en mi caso, no conozco otros. Tal vez que la mujer este enferma.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición, el aborto va en contra de Dios.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que no saben lo que hacen, que están lejos de Dios.

UDI-DEGT-UNAH

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: Marta Haydé Urbina

Edad: 20-35 años

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: 5 to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: San Felipe

Domicilio: Colonia El Japón, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 6

No. De partos: 6

No. De Abortos : 1

Hijos Vivos: 5

Hijos Muertos: 1

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA ACTUAL**

1. Por qué se encuentra hospitalizada?.

R/ Por parto.

1: Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ Media hora

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 2 días

3. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al Hospital?

R/ Dolores pero poquito.

4. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Tratan bien. Porque no lo dejan solo. Están pendientes de uno.

5. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Buena. Porque siempre están atentas a cualquier cosa.

6. Que información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Me dijo que no volviera a tener hijos por los años que tengo.

7. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Que estoy bien.

8. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Que cuántos niños tengo, que si estudio, solo eso.

9. Qué información ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ La misma que al médico.

10. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico-enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento?

R/ Buena. Porque le preguntan a uno que le duele y todo. Lo único malo de aquí (Hospital San Felipe) que no le dan a uno nada de pastillas sino que uno tiene que comprarlas.

11. Qué exámenes le han realizado?

R/ Ninguno.

12. Ha estado alguna vez hospitalizada por aborto?

R/ Si. En el Hospital Escuela.

13. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 5 días.

14. Por qué fue hospitalizada?

R/ Por que se me vino el bebé. Fue una caída la que me provocó el aborto.

15. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Solo me sentía helada. Nada más con calentura, ojos rojos llevaba fiebre.

16. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Fue horrible porque yo lo anduve al bebé 8 días muertos en la barriga. En el hospital me hicieron una ultrasonografía y me dijeron que ya estaba muerto y me provocaron los dolores con pastillas vaginales.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Me sentí mal, me dio pesar haberlo perdido. Me puse triste.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Reaccione buscando ayuda en ese momento porque sentía que me moría.

17. Describa cómo se siente a nivel físico? Por qué?

R/ Bien. No siento nada.

19. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Que lo que esta para sucederle a uno le sucede. No fue porque yo quise.

20. Describa las diferencias entre la atención actual y la atención anterior?

R/ Porque era fin de semana y no habían médicos por eso me estuve más (5 días) en el Hospital Escuela, pero la atención es igual. Si es posible mejor en el Hospital Escuela porque algunas cosas las da y aquí no (Hospital San Felipe). Para mí es mejor allá (Hospital Escuela) porque los medicamentos ellos los tienen y los dan.



## CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que esta malo porque todos tenemos derecho a vivir.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ Porque el hombre las deja sola, embarazada, porque el hombre las trata mal, porque no se hayan capaces de mantener un hijo, por andar en la calle.

21. Qué opina del aborto natural?

R/ Dios sabe lo que hace. Si El no quiso que naciera.

22. Mencione las causas del aborto natural?

R/ Caídas. Sólo la que me pasó a mi conozco.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna. Porque para eso hay muchos métodos anticonceptivos para planificar los hijos.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que son cobardes. Desde luego la mujer se acuesta con un hombre es porque va decidida a perder o a ganar.

Son cobardes porque uno tiene que pensar antes de hacer las cosas; porque uno tiene que arrepentirse antes no después. Son mujeres que se merecen un castigo porque los niños no deben pagar lo que uno hace.

## **ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO**

**OBJETIVO:** Conocer el servicio y atención médica que reciben las mujeres que abortan de manera natural o provocada, en dos centros hospitalarios. El Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.

### **DATOS GENERALES.**

Nombre: María Albertina Benítez

Edad: 20-35 años

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: 6to. grado

Ocupación: Ama de casa

Hospital: San Felipe

Domicilio: Jardines del Carrizal, Tegucigalpa.

### **SALUD REPRODUCTIVA**

No. De Embarazos 3

No. De partos: 4

No. De Abortos : 3

Hijos Vivos: 3

Hijos Muertos: 1

### **EXPERIENCIA HOSPITALARIA ACTUAL**

1. Por qué se encuentra hospitalizada?.

R/ Por parto.

1. Cuánto tiempo tardó en ingresar al hospital?

R/ 1 hora

2. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 11 horas

3. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al Hospital?

R/ Dolores.

4. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Buena. Excelente. Porque me atendieron en el momento oportuno.

5. Describa la atención que le brindaron las enfermeras?

R/ Excelente porque me atendieron bien.

6. Que información le ha brindado el médico sobre su estado?

R/ Que estaba bien, pero que faltaban los resultados de los exámenes.

7. Qué información le ha brindado la enfermera sobre su estado?

R/ Que esta todo bien.

8. Qué información ha proporcionado usted al médico?

R/ Donde vivía, nombre de la familia, de mi compañero de vida, todo eso, la edad, cuántos hijos tenía.

9. Qué información ha proporcionado usted a la enfermera?

R/ Ninguna. Solo la Trabajadora Social le informó sobre los métodos de planificación familiar para evitar tener más hijos.

10. Describa la atención que ha recibido de parte del personal médico-enfermería desde que ingresó al hospital hasta este momento?

R/ Todo excelente la atención fue buena.

11. Qué exámenes le han realizado?

R/ Sangre. Me dijeron que estaba todo bien.

13. Quién le realizó los exámenes?

R/ La enfermera.

12. Ha estado alguna vez hospitalizada por aborto?

R/ Sí pero sucedió en la casa y luego me fui Centro de Salud mas cercano y me hicieron un examen para ver si tenía cáncer y luego me remitieron al Hospital San Felipe.

13. Cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

R/ 2 días.

15. Describa los malestares o síntomas antes de llegar al hospital?

R/ Dolor de vientre, sangrado, a los dos días se le vino.

16. Describa la atención que le brindaron los médicos?

R/ Fue buena. Porque me atendieron cuando necesite.

15. Describa como se sintió después de vivir esta experiencia? Por qué?

R/ Muy mal, porque era un bebé deseado.

16. Describa como reaccionó en ese momento?

R/ Triste porque había perdido al bebé.

17. Describa cómo se sintió a nivel físico?

R/ Mal, me sentía como hinchada, mal físicamente y moralmente.

19. Qué piensa de lo que pasó?

R/ Dios lo quiso así porque no se me detuvo y lo perdí.

20. Describa las diferencias entre la atención actual y la atención anterior?

R/ Fue buena la atención que recibí antes y después.

## CONCEPCIONES SOBRE EL ABORTO.

19. Qué opina sobre el aborto provocado? Por qué?

R/ Que eso no debe de ser. Porque debe de pensar uno antes de quedar embarazada. Tanto método que hay.

20. Mencione las causas del aborto provocado?

R/ No conozco ninguna.

21. Qué opina del aborto natural?

R/ Que es algo que tiene que pasar. Este bebé que acaba de nacer antes se me cae también.

22. Mencione las causas del aborto natural?

R/ Problemas, por alguna fuerza, algún deseo, por ser mujeres muy débiles se les caen los niños.

22. En que condiciones aceptaría que aborten las mujeres?

R/ En ninguna condición. Porque uno no queda por ejemplo yo no quedé bien, porque yo me sentía mal de mi salud y de saber que había perdido al bebé. No me sentía bien. Pero no todas somos iguales. Que no esta bien que aborten porque se daña la salud, el cuerpo, muchas personas no ven que se están dañando la salud pero yo considero que sí se daña la salud.

23. Qué opina de las mujeres que abortan?

R/ Que son mujeres ya perdidas. Porque abortar un bebé es como matar un niño.

ANEXO No. 7

ENTREVISTA A MEDICOS DEL HOSPITAL ESCUELA Y

HOSPITAL SAN FELIPE

UDI-DEG-TUNAH

## ENTREVISTA A PERSONAL MEDICO

Nombre:

Cargo:

Hospital:

Describa las políticas de atención en salud reproductiva que maneja este centro hospitalario.

R/

Describa el servicio que presta en esta área?

R/

Describa el servicio que brinda a su pacientes?

R/

Describa el lenguaje que utiliza al dirigirse a sus pacientes?

R/

Qué tipo de información brinda a sus pacientes?

R/

Qué tipo de seguimiento brinda a sus pacientes?

En qué momento brinda este seguimiento?

R/

Describa lo que más le gusta de su trabajo.

R/

Qué opina acerca del aborto?

R/

Atendería a una mujer que a abortado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por qué la atendería?

R/

Por qué no la atendería?

R/

Qué opina acerca de las mujeres que abortan?

R/

Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de forma natural.

R/



Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de manera provocad.

R/

UDI-DEGT-UNAH

## ENTREVISTA A PERSONAL MEDICO

Nombre: Dr. Antonio Idiaques

Cargo: Pediatra de turno

Hospital: San Felipe

1. Describa las políticas de atención en salud reproductiva que maneja este centro hospitalario

R/ Sí. La atención que se brinda al recién nacido. Las políticas esas están escritas en un libro. Son como 50 políticas. No las recuerdo.

2. Describa el servicio que presta en esta área?

R/ Se revisa a los niños al día siguiente de haber nacido previa alta. Se brinda una charla a las madres que deben hacer para cuidar al niño. Se dan vitaminas al niño.

3. Describa el servicio que brinda a sus pacientes?

R/ Bueno. Me gusta lo que hago porque es medicina preventiva.

4. Describa el lenguaje que utiliza al dirigirse a sus pacientes?

R/ Especial para ellos adaptado a ellos.

5. Qué tipo de información brinda a sus paciente?

R/ Sobre higiene. Sobre vacunas, vitaminas, dieta.

6. Qué tipo de seguimiento brinda a sus pacientes?

R/ No se da seguimiento. A menos que tenga problemas se les da cita en consulta externa.

7. En qué momento brinda este seguimiento?

R/ En consulta externa.

8. Describa lo que más le gusta de su trabajo?

R/ Las charlas que les doy a las madres.

9. Qué opina acerca del aborto?

R/ Estoy completamente en contra. Porque no tiene derecho a quitar una vida. Es un ser en vida.

10. Atendería a una mujer que ha abortado?

R/ Sí.

11. Por qué la atendería?

R/ Porque no la voy a dejar morir. No soy Hitler. No soy Nerón.

12. Qué opina acerca de las mujeres que abortan?

R/ Tal vez no han tenido la suficiente orientación o educación.

13. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de forma natural?

R/ No sé.

14. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de manera provocada?

R/ Porque actúan de manera irresponsable.

## ENTREVISTA A PERSONAL MEDICO

Nombre: Dra. Heidi Navarrete de Pérez.

Cargo: Encargada del Programa Materno Infantil

Hospital: San Felipe

1. Describa las políticas de atención en salud reproductiva que maneja este centro hospitalario.

R/ Brindar atención hospitalaria prenatal de acuerdo a las normas establecidas, brindar atención prenatal de acuerdo a su nivel de riesgo, asegurar y garantizar atención de parto limpio, brindar atención de puerperio y educación sobre métodos de planificación familiar.

2. Describa el servicio que presta en esta área?

R/ Servicio de atención médica, atención en educación en salud reproductiva.

3. Describa el servicio que brinda a sus pacientes?

R/ Integral. de bajo costo, adecuado y oportuno.

4. Describa el lenguaje que utiliza al dirigirse a sus pacientes?

R/ Es un lenguaje con terminología propia de acuerdo al nivel educativo de la paciente.

5. Qué tipo de información brinda a sus paciente?

R/ Toda la información pertinente y oportunamente, se le da toda la información de la importancia del parto, puerperio, planificación familiar.

6. Qué tipo de seguimiento brinda a sus pacientes?

R/ Control a las pacientes de acuerdo a la norma, control a las pacientes de alto nivel de riesgo.

7. En qué momento brinda este seguimiento?

R/ En el momento que las pacientes lo necesitan cuando va de alta.

8. Describa lo que más le gusta de su trabajo?

R/ El acercamiento con la mujer embarazada y la educación que se brinda. Por ejemplo atención adecuada del parto.

9. Qué opina acerca del aborto?

R/ No estoy de acuerdo por mis principios religiosos por humanidad y por pensar que el niño es un ser como cualquiera de nosotros.

10. Atendería a una mujer que ha abortado?

R/ Sí.

11. Por qué la atendería?

R/ Por ética profesional. No podría dejar morir a una mujer, respetaría las razones para hacerlo.

12. Qué opina acerca de las mujeres que abortan?

R/ Pienso que necesitan apoyo psicológico por el trauma que pueda quedarle. Pienso que deben acercarse a Dios.

13. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de forma natural?

R/ Desconozco casos, porque en este hospital no se atienden estos casos.

14. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de manera provocada?

R/ Desconozco totalmente, ya que es este hospital no atendemos estos casos.

## ENTREVISTA A PERSONAL MEDICO

Nombre: Dr. Pedro González Hernández

Cargo: Médico sala de puerperio

Hospital: Escuela

1. Describa las políticas de atención en salud reproductiva que maneja este centro hospitalario

R/ Control prenatal, control puerperal, planificación familiar, atención a los adolescentes.

2. Describa el servicio que presta en esta área?

R/ Preventivo, educativo, de consejería.

3. Describa el servicio que brinda a sus pacientes?

R/ Se trata de que el servicio sea de calidad y de calidez a veces por la falta de insumos no se brinda la atención como se debe.

4. Describa el lenguaje que utiliza al dirigirse a sus pacientes?

R/. El lenguaje que utilizo es el mismo que usan pacientes para darme a entender con ellos.

5. Qué tipo de información brinda a sus paciente?

R/ Todo lo relacionado a la consulta, sí se le dan los medicamentos, se le explican efectos colaterales, formas de darlos, dosis.

6. Qué tipo de seguimiento brinda a sus pacientes?

R/ A través de control, como ha evolucionado, que efectos ha tenido con los medicamentos.

7. En qué momento brinda este seguimiento?

R/ En el momento que llega a consultas.

8. Describa lo que más le gusta de su trabajo?

R/ Trabajar en equipo. Es lo que más me gusta de mi trabajo.

9. Qué opina acerca del aborto?

R/ Que no debe practicarse, porque es dañino para la sociedad.

10. Atendería a una mujer que ha abortado?

R/ Sí.

11. Por qué la atendería?

R/ Porque es una paciente que necesita ayuda.

12. Qué opina acerca de las mujeres que abortan?

R/ Que lo hacen de una forma precipitada, sin tomar en cuenta las complicaciones que esto acarrea. Por falta de información.

13. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de forma natural?

R/ Una de las razones es la falta de información y el descuido de ellas.

14. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de manera provocada?

R/ Por ingerir medicamentos no indicados, por irresponsabilidad, sin pensar en los riesgos que esto ocasiona a su salud.

## ENTREVISTA A PERSONAL MEDICO

Nombre: Margarita Yendis de Velis

Cargo: Médico general

Hospital: Escuela

1. Describa las políticas de atención en salud reproductiva que maneja este centro hospitalario

R/ Atención a la mujer embarazada, control prenatal, postnatal, planificación familiar, control de cáncer cérvico uterino.

2. Describa el servicio que presta en esta área?

R/ Toma de citologías, promoción de la salud, consejería.

3. Describa el servicio que brinda a sus pacientes?

R/ De buena calidad, sin costo alguno.

4. Describa el lenguaje que utiliza al dirigirse a sus pacientes?

R/ Claro, sencillo y preciso. Fácil de entender.

5. Qué tipo de información brinda a sus paciente?

R/ Educación en salud , la importancia de los diferentes programas de salud reproductiva. Los beneficios que tienen las mujeres y los hombres, se les brinda consejería.

6. Qué tipo de seguimiento brinda a sus pacientes?

R/ Controles prenatales, respuestas de citologías, citas y referencias.

7. En qué momento brinda este seguimiento?

R/ Cuando se brinda el control prenatal o después de la respuesta de una citología. Por medio de la consejería.

8. Describa lo que más le gusta de su trabajo?



R/ El poder servir a la población.

9. Qué opina acerca del aborto?

R/ Que es una problemática con la que se debería de terminar ya que todos tenemos derecho a la vida.

10. Atendería a una mujer que ha abortado?

R/ Sí.

11. Por qué la atendería?

R/ Por ética profesional.

12. Qué opina acerca de las mujeres que abortan?

R/ Son mujeres que necesitan de atención psicológica o psiquiátrica.

13. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de forma natural?

R/ Por problemas que tienen durante el embarazo, por descuido de ellas. La mayoría es por descuido de ellas.

14. Mencione las razones que conoce de por qué las mujeres abortan de manera provocada?

R/ Porque ingiere algún producto o medicamento, por maltrato.

ANEXO No. 8

ARTICULOS DE PERIODICOS SOBRE EL ABORTO

UDI-DEGT-UNAH

TEMPO

HONDURAS

TIEMPO

30 AGO. 1995

Aprobados 23 artículos del Código Penal

# Prohibido el aborto en cualquier momento del embarazo

Los años de cárcel serán definidos la próxima semana

**GUCIGALPA.** El Congreso nacional aprobó en esta semana 23 artículos del proyecto de reforma del Código Penal, incluyendo la primera parte del Artículo 126 referido al aborto.

La primera parte del Artículo 126 aprobado ayer en el Congreso Nacional textualmente dice: "El aborto es la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto. Quien intencionalmente cause aborto será castigado".

La propuesta para la sesión del día martes la discusión de los artículos uno, dos y tres de este artículo los que se aumenta el número de años con los cuales se deberá castigar el aborto.

La primera parte del Artículo 126 aprobada pese a la oposición de los diputados médicos, que solicitaron que se sometiera a una comisión médica para definir lo que



Carlos Sosa Coello.

significa "cualquier momento del embarazo o durante el parto".

La discusión de la reforma propuesta al Artículo 123 fue también suspendida, debido a objeciones presentadas por los diputados Carlos Sosa Coello, Juan Ramón Miralda y Marco Augusto Hernández, entre otros.

Este Artículo 123 textualmente dice: "La madre que para ocultar su deshonor da muerte al hijo que no haya cumplido tres días de nacido será sancionada con seis a nueve años de reclusión".

Sosa Coello indicó en referencia a este artículo que "no se puede arrastrar en una legislación moderna conceptos medievales". Miralda, por su

parte, preguntó "cuándo se trata de ocultar la deshonra y cuándo no", y Hernández señaló que "estas son disposiciones que respondieron a una realidad de un momento histórico ya superado".

También fue aprobada la reforma del Artículo 118 que textualmente dice: "Es un acto de parricidio quien diere muerte a alguno de sus ascendientes o descendientes, a su cónyuge o a la persona con quien hace vida marital y sufrirá la pena de 16 a 20 años de reclusión".

Este artículo fue aprobado pese a la oposición del diputado Hernán Silva, quien señaló que matar a la cónyuge no es parricidio. "Por parricidio se entiende matar a los padres y por extensión matar a otros parientes cercanos, pero no matar al cónyuge".

En la sesión del jueves se aceleró la discusión del Código, debido en parte a la ausencia de varios diputados que estuvieron interviniendo repetidamente en las sesiones anteriores, como el nacionalista Raúl Pineda.

En la sesión del miércoles la Cámara de diputados entró en una larga discusión, cuyo fondo eran las discrepancias en referencia a la perspectiva de género. Gautama Fonseca recogiendo las inquietudes de orga-

nizaciones feministas presentó una moción para modificar el inciso uno del Artículo 23.

En el inciso uno del Artículo 23 de la versión original del proyecto, por cierto redactado en su mayoría por el propio Gautama Fonseca, se establecía que "no es imputable: el menor de doce años. Tanto el menor como el mayor de dicha edad pero menor de dieciocho quedarán sujetos a una ley especial".

La moción de Fonseca proponía que se reformará este artículo de la siguiente forma "no es imputable el varón menor de doce años y la mujer menor de catorce".

La intención de Fonseca era ofrecerle una mayor protección a la niña en este Código en función de la perspectiva de género, con la cual se le otorga protección a la mujer para luchar contra la discriminación.

La discusión se prolongó por varios minutos hasta que una diputada con memoria mencionó que en el Código de la Niñez, recientemente aprobado, se estableció esta protección adicional de dos años para las niñas, por lo que no se podía aprobar este artículo del Código Penal contradiciendo el Código de la Niñez.

JPC

## Autoridades de Salud

# Pretenden ejercer mayor control sobre natalidad

Conscientes del problema que genera en nuestro país el crecimiento poblacional y las consecuencias en la sociedad misma, el Ministerio de Salud Pública inauguró ayer el segundo taller de Promoción de la Salud Reproductiva.

En el mismo participan todas las enfermeras profesionales del hospital «Mario Catarino Rivas», quienes durante una semana adquirirán diversos conocimientos técnicos y prácticos, que luego podrán extenderlo en su centro de trabajo.

Ana María López, coordinadora del taller, dijo a LA TRIBUNA, que es importante promover este tipo de activida-

des, en vista que no existe un control sobre la natalidad en las mujeres hondureñas, ocasionando un crecimiento acelerado de la población.

«Comenzamos con las enfermeras profesionales y ellas a su vez, transmiten el mensaje a las pacientes, orientándolas sobre los diferentes métodos de planificación que pueden practicar y de esta forma ayudar un poco a superar el problema», aseguró.

Explicó, que el taller está basado en una educación permanente, realizada a nivel nacional en los distintos centros hospitalarios y de salud, que es auspiciado también por el Fondo Poblacio-



Ana María López

nal de las Naciones Unidas.

Las participantes realizarán unas 37 actividades, analizando temas de importancia como el riesgo reproductivo, anticonceptivos, calidad en la salud reproductiva y otros que se presentan en nuestro ambiente.

En el «Catarino Rivas» se atienden de 38 a 40 partos diarios, la mayoría de mujeres adolescentes menores de 25 años, que provienen de familias cuyas condiciones económicas no son las apropiadas para educar, formar y dar un crecimiento adecuado a sus hijos.

Según las estadísticas, para el año 2000 se espera que el crecimiento poblacional en Honduras ascienda a los 6 millones 250 mil personas, cifra que se ha disparado en los últimos diez años, cuando el mismo se encontraba en los 4.5 millones. (JCA).



Las distintas profesionales de la enfermería son capacitadas en la Promoción de la Salud Reproductiva.

# NO DEJEMOS CONTINUAR NUESTRAS METAS PACTO POR LA INFANCIA

POR LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS ESTAMOS CUMPLIENDO

CAMPAÑA SOCIAL

unicef 

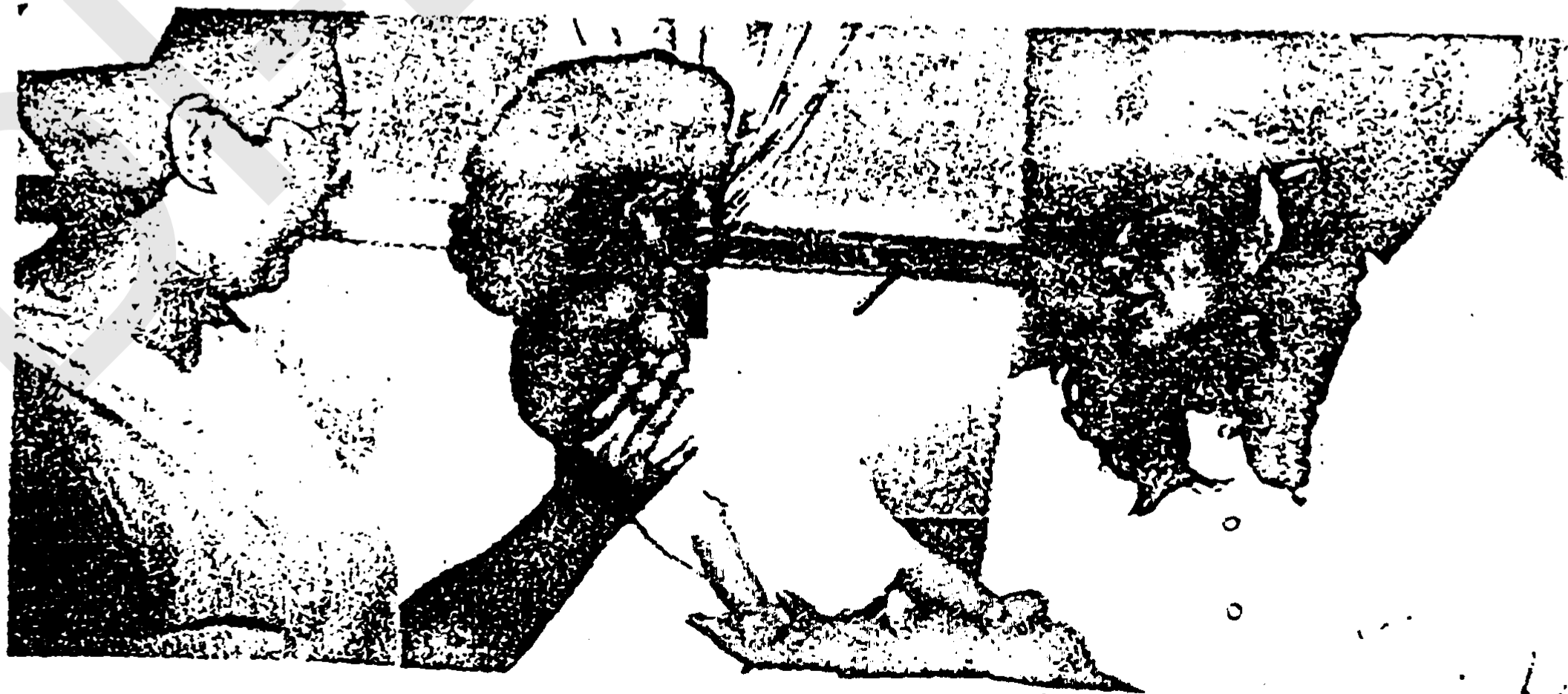
La Tribuna

UNA UNIDAD AL SERVICIO DE LA PAZ

A CUMPLIR CON LAS METAS DEL PLAN DE ACCIÓN NACIONAL

## Salud materna

- |   |  |
|---|--|
| 10.- Disminuir la mortalidad materna a 110 por 100,000 nacidos vivos.                   | completa con toxoide tetánico a mujeres de edad fértil (15-49 años) a 100 por ciento.                                |
| 11.- Reducir los embarazos en adolescentes entre 12 y 18 años, a 5 por ciento.          | 16.- Aumentar la proporción de parto institucional a 60 por ciento.  |
| 12.- Reducir los embarazos en mujeres mayores de 35 años a 3 por ciento.                | 17.- Aumentar el diagnóstico precoz del cáncer de cerviz en mujeres entre 30 y 60 años a 60 por ciento.              |
| 13.- Aumentar el acceso de las mujeres embarazadas al control prenatal a 90 por ciento. | 18.- Aumentar la proporción de mujeres en unión que utilizan algún método de planificación familiar a 60 por ciento. |
| 14.- Aumentar el número promedio de controles por embarazada a 5.                       |  |
| 15.- Aumentar la cobertura de vacunación  |  |



ANEXO No. 9

CARICATURA SOBRE EL ABORTO

UDI-DEGT-UNAH



*De: A l'heure Latino-Américaine, février 1992*

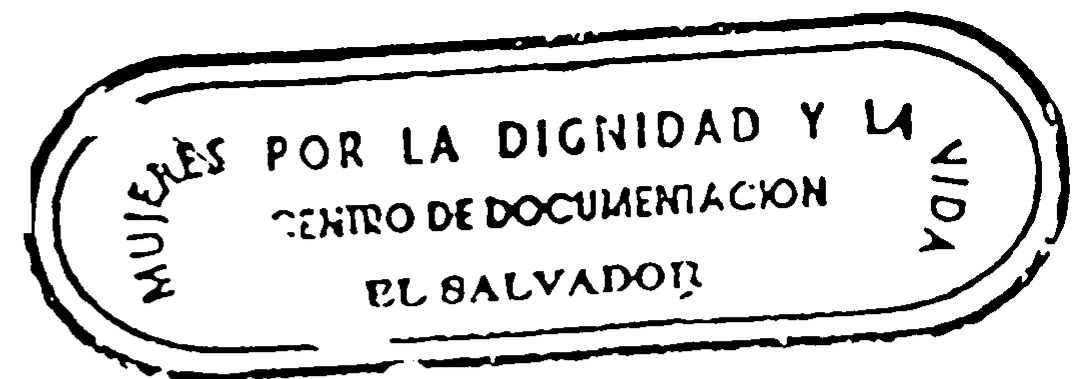
ANEXO No.10

NOTICIAS SOBRE EL ABORTO

UDI-DEG-TUNVAH



# Noticias sobre aborto



## Aborto y salud mental

Un artículo reseña de reciente publicación, *Las complicaciones psicológicas del aborto terapéutico* por G. Zolose y C.V.R. Blacker (*British Journal of Psychiatry*, 1992:160), que examina las secuelas psicológicas del aborto confirma que la mayoría de los estudios concuerdan en que el aborto en sí mismo no produce alteraciones psicológicas. En la gran mayoría de los casos el aborto es incluso benéfico para la salud mental de la mujer, ya que viene a resolver una crisis en su vida. Angustias o depresiones lo suficientemente severas para justificar tratamiento se presentaron en el 10-20% de las interrupciones terapéuticas. Las reacciones psicóticas son raras (ocurren casi siempre en mujeres con una historia previa de psicosis) y mucho menos frecuentes que cuando se tiene el hijo. Antes de hacerse el aborto más de un tercio de las mujeres presentó moderados sentimientos de culpa, pero esta proporción disminuye notablemente luego de la intervención, y dos años después menos del 10% de las mujeres dice sentir culpa alguna.

Los factores que contribuyen a la aparición de secuelas psicológicas adversas son: un contexto cultural con actitudes sociales negativas hacia el aborto; una mala red de sistemas de apoyo; historia psiquiátrica previa; muchos partos anteriores e hijos; cuando el embarazo es deseado y se debe abortar por complicaciones médicas o anomalías fetales.

De: *Abortion Review*, por el UK Birth Control Trust, julio/agosto de 1992

## \* Se suicida una mujer acusada de aborto

Debido a que los tribunales la investigaban sobre un aborto provocado, se suicidó Doris Herlinda Pineda Varela (26 años). El 28 de marzo pasado, se lanzó de un 3er piso del Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras. Ante lo pasado, el Comité de Mujeres por la Paz 'Visitación Padilla' hizo un llamado a toda la sociedad expresando el deseo de que no quedara olvidado ni sin esclarecer este caso. Espera el Comité que dé motivo de reflexión y "que por encima de nuestras diferencias, sea la solidaridad el valor que rijan las relaciones entre las personas principalmente cuando,

como las mujeres, se encuentran bajo una inhumana opresión".

De: *Mujer*, Honduras, julio 1992 \*

## La Corte Suprema de los EEUU dictamina sobre la ley de aborto en Pennsylvania

La corte suprema estadounidense falló recientemente en el caso de la restrictiva ley de aborto de Pennsylvania. Tal como se esperaba, la corte dejó hecha un trazo la decisión *Roe vs Wade*, que garantizaba el derecho fundamental de abortar, al confirmar casi todas las disposiciones de la ley de Pennsylvania. Esta decisión convalida el derecho a hacerle difíciles las cosas a una mujer que desea abortar. Fue confirmada la disposición que exige un período de espera de 24 horas antes de hacer el aborto, así como también la que exige permiso de los padres para toda mujer menor de 18 años. De la misma manera, la corte confirmó la disposición de que los médicos y orientadores deben explicar detalladamente las etapas del desarrollo fetal. La única disposición eliminada fue la que exigía que la mujer notificara a su marido.

Sea cual fuere la derrota, lo cierto es que determinados grupos de mujeres tienen un acceso muy limitado al aborto en EEUU. Según Janet Benshoof, directora del Proyecto por la Libertad Reproductiva de la Unión Americana por las Libertades Civiles, alrededor del 20% de las mujeres que quieren hacerse un aborto no pueden hacerlo por falta de dinero, por las largas distancias que las separan del servicio de aborto más cercano o porque no hay suficientes médicos que hagan abortos. Muchas mujeres que viven en zonas rurales, o en condiciones de pobreza, o las mujeres militares, directamente no tienen acceso al aborto. He aquí algunas cifras: el 83% de los condados estadounidenses, hogar del 31% de las mujeres en edad fértil, no cuentan con clínicas ni hospitales que brinden servicios de aborto; solamente 13 estados subsidian el aborto para las mujeres de bajos ingresos; la cantidad de hospitales que ofrecen aborto cayó de 1.654 en 1977 a 1.040 en 1988; el índice de abortos cayó un 6% de 1980 a 1988; en 1991, solo el 13% de los programas de residencia en gineco-obstetricia exigían capacitación en la práctica de aborto en el primer trimestre de embarazo y solo el 7% en el segundo trimestre.

Es probable que la corte suprema tenga que tratar otros tres casos de derecho al aborto en 1993. En este momento las acusaciones legales para prohibir casi todo tipo de aborto en los estados de Luisiana, Utah y Guam están en las cortes federales.

El Acta por la Libertad de Decidir, que está siendo estudiada en el Congreso, es un intento por garantizar legalmente el derecho pleno al aborto en los Estados Unidos.

De: *Pro-Choice News*, por la Liga Canadiense De Acción por el Derecho al Aborto, julio-agosto de 1992; *WIN (Women's International Network) News*, abril-mayo de 1992

## El aborto en Túnez

Un informe en el periódico *Tunis-Hebdo* del 20 de abril de 1992 dice que en Túnez se practicaron 20.000 abortos en 1990, sin contar las operaciones no declaradas en las clínicas privadas. El informe hace hincapié en los serios riesgos que las mujeres de Túnez toman al confiarse a personal no calificado o a sus propios medios para abortar embarazos no deseados. En Túnez el aborto es legal sólo durante los primeros tres meses de embarazo y sólo si la mujer tiene cinco o más hijos. El artículo dice que Túnez es una sociedad que no tolera ni acepta explicación alguna para abortar, como puede serlo la violación, y donde "estamos en contra del aborto cual sea que fuere la razón, causa o circunstancia". Una maestra sugiere que la educación juega un rol importante si se quiere que los jóvenes de Túnez reconozcan que deben tomar precauciones para evitar el embarazo.

De: *IPPF Open File*, julio de 1992

## Encuesta sobre aborto en México

En México, dos integrantes del Grupo de Información en Reproducción Elegida difundieron en conferencia de prensa los resultados de una encuesta 'Gallup' sobre aborto. El 77,3% de los entrevistados piensa que la despenalización del aborto evitaría la muerte de muchas mujeres, mientras un 3,6% piensa que "nadie debería tomar esa decisión jamás".

De: *Fuller de Información Periodista en Salud*, México, mayo 1992

## El aborto legal mejora la salud de la mujer en Albania

Por la Dra. Eva Sahatci

En Albania, la mortalidad materna en 1989 estaba estimada en 49 por 100,000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil era de 29 por cada 1,000 nacimientos. En gran medida, esto era consecuencia de la feroz política pronatalista de Albania y la prohibición estatal de la planificación familiar. Algunos estudios recientes indican que es posible que la mortalidad infantil haya estado subestimada en las estadísticas oficiales; se cree que la cifra verdadera estaría más cercana a los 40 por 1,000 nacidos vivos. Lo que de cualquier manera queda totalmente claro es que tanto la mortalidad infantil como la materna son muy elevadas para los estándares europeos. Junto con la prohibición de toda actividad de planificación familiar, el régimen anterior tenía una reglamentación restrictiva respecto al aborto. Como resultado, fuimos testigos de un aumento importante y continuo del aborto criminal y autoinducido en los últimos años. A su vez, esta tendencia condujo seguramente a un aumento de la mortalidad y la morbilidad materna. Se estima que el 55% de las muertes maternas son producto del aborto autoinducido o criminal. Un estudio de mortalidad en el Hospital de Maternidad de Tirana (capital de Albania, ed.) indican que el 69% de las mujeres que murieron por aborto ilegal tenían más de cinco hijos y que el 22% de ellas no estaban casadas.

### La legalización mejora la salud

La situación está cambiando en Albania. En 1990, las razones para poder abortar legalmente fueron incrementadas sustancialmente. Como consecuencia aumentó la cantidad de abortos reportados, a razón de uno cada tres partos vivos aproximadamente.

Al año siguiente, junio del 91, el Ministerio de Salud fue aun

más allá y aprobó el aborto a pedido. Esta medida produjo una caída perceptible en la mortalidad materna y otro aumento en el número de abortos. En 1991, por cerca de 77,000 nacidos vivos se registraron 30,000 abortos; a razón de dos abortos por cada cinco nacidos vivos.

En el Hospital de Maternidad de Tirana aumenta el número de abortos en lo que resta del año, y en ese mismo lapso cae drásticamente la incidencia de abortos criminales y autoinducidos. En estrecha relación con la última, se observa una disminución de los casos de aborto séptico.

### Carencia de servicios anticonceptivos

El continuo aumento en el número de abortos refleja cuán accesible está ahora para todas las mujeres, pero al mismo tiempo demuestra la virtual inaccesibilidad de los anticonceptivos, o su bajo uso. El reducidísimo uso de anticonceptivos en Albania es producto de tres factores. En primer lugar, persiste el efecto de la prohibición de los anticonceptivos impuesta por el régimen anterior; los albaneses saben muy poco acerca de los métodos modernos de planificación familiar. Segundo, la falta de conocimientos se extiende también a los profesionales de la salud; los médicos apenas se han escuchado de los métodos anticonceptivos modernos. Tercero, hay una gran escasez de métodos anticonceptivos en Albania; al igual que con tantas otras comodidades, todavía hemos de desarrollar la infraestructura necesaria para importar y distribuir anticonceptivos.

Nos encontramos apenas en el punto de partida de un largo y difícil proceso para recuperar los años de aislamiento y violación del derecho humano fundamental de toda persona y pareja de decidir el número y el espaciamiento de los hijos y a contar con los medios para hacerlo.

Afortunadamente contamos con algunas ventajas que nos permitirán comenzar con esta tarea. Tenemos un sistema nacional de salud bien organizado que llega hasta los poblados más remotos. Tenemos una cantidad suficiente de médicos especialistas capacitados y nuestro sistema farmacéutico puede ofrecer servicios a lo largo de todo el país.

No obstante, debemos ser realistas. Hay muchísimo por hacer. Por empezar, debemos capacitar a todo nuestro personal médico en planificación familiar, un tema nunca antes presentado a nuestros especialistas. Tenemos que incluir la planificación familiar en el plan de estudio de nuestra Facultad de Medicina y nuestras escuelas para parteras y enfermeras/ros. Tendremos que ofrecer información sobre planificación familiar como parte de nuestros programas generales de educación. Mi preocupación principal es que tenemos el gran impedimento de que éste es un campo enteramente desconocido para todos nosotros y en el que apenas si tenemos experiencia previa.

La Dra. Eva Sahatci trabaja en el Hospital de Maternidad de Tirana, Albania.

Fuente: *Planificación Familiar en Europa*, de la Federación Internacional de Planificación Familiar, enero de 1993

**ANEXO No. 11**

**GLOSARIO DE SIGLAS**

UDI-DEG-TUNAH

## GLOSARIO DE SIGLAS

- OPS = Organización Panamericana de la Salud
- OMS = Organización Mundial de la Salud
- CEM\_H = Centro de Estudios de la Mujer
- CIPD = Conferencia Internacional sobre Población y  
Desarrollo
- CCMM = Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres
- CEPAL =
- UBS = Unidad Básica de Salud
- CESAMOS = Centros de Salud con Médico
- CESARES = Centros de Salud Rural
- IHSS = Instituto Hondureño del Seguro Social
- ENEF = Encuesta Nacional de Estadística Familiar
- RSM = Región Sanitaria Metropolitana
- IMMER\_90 = Investigación de Mortalidad de Mujeres en Edad  
Reproductiva de 1990.