

# Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras

*Impact of maternal death in the familie, especially in the children, occidental region of Honduras*

Francisco Ramírez Mejía<sup>\*</sup>, Marisabel Rivera<sup>†</sup>, Reyna Durón<sup>‡</sup>, Oscar E. Aguilar<sup>§</sup>,  
Mariela Fuentes<sup>¶</sup>, César Gómez<sup>\*\*</sup>, Carlos Claudino<sup>††</sup>, Yolani Batres<sup>‡‡</sup>, Juan Almendares<sup>††</sup>

**RESUMEN. ANTECEDENTES.** La mortalidad materna en Honduras se ha asociado a la pobreza, al acceso a los servicios de salud y aspectos culturales y de género. **OBJETIVO.** Determinar los condicionantes y el impacto de la mortalidad materna en la familia, con énfasis en la niñez del Occidente de Honduras. **METODOLOGÍA.** Se evaluó 16 casos en la Región Sanitaria No. 5, durante el año 2002 mediante dos enfoques: cuantitativo y cualitativo, siendo las principales variables los datos sociodemográficos, gineco-obstétricos, acceso a las Unidades Productoras de Salud, causas de muerte, constitución de los grupos familiares antes y después de la defunción y entrevistas de profundidad. **RESULTADOS.** El 68% de las

fallecidas tenía de 20 a 34 años de edad, 38% era analfabeta y 25% no tuvo el apoyo ni presencia de la pareja durante el embarazo. Las causas de muerte fueron hemorragia (38%), choque séptico (31%) y eclampsia (13%). Todas tuvieron problemas de acceso oportuno a atención médica durante el embarazo, parto y puerperio. De 18 productos (dos gemelares), 2 fueron óbitos, 4 muertes neonatales y 1 muerte infantil. La mayoría de los 50 huérfanos (54%) era menor de 5 años. Las familias afectadas emigraron a otros hogares y unas familias adoptaron completamente a otras. Se encontró rasgos depresivos y de desnutrición en los huérfanos. También hubo separación de los padres, el 60% de ellos tenía nueva pareja a menos de un año de la muerte materna. **CONCLUSIÓN.** Además de la fragmentación de la familia, la mortalidad materna produjo impacto físico, psicológico, espiritual y social mayor en los 50 huérfanos. Los factores condicionantes fueron: difícil acceso geográfico a servicios de salud, pobreza, analfabetismo y la oposición de algunos cónyuges al control prenatal.

**Palabras clave:** Factores de riesgo. Honduras. Huérfanos. Mortalidad materna.

\*. Médico general. Jefatura CESAMO, San Juan de Opoa, Copán.

†. Médico general. Organización Madre Tierra.

‡. Neuróloga. Postgrado de Neurología, UNAH.

§. Maestría en Salud Pública. Departamento de Epidemiología, Región de Salud No. 5.

¶. Enfermera profesional. Departamento de Enfermería, Área de Salud No. 4, Región No. 5.

††. Médico general. Clínica Geriátrica INPREMA, Tegucigalpa.

\*\*.

††. Médico General. Jefatura de Area de Salud No. 2, Región de Salud No. 5.

‡‡. Fisiólogo. Departamento de Fisiología, UNAH.

Dirigir correspondencia a: fra\_ramirez@yahoo.com y marisabel\_rivera@yahoo.com

**ABSTRACT. BACKGROUND.** Maternal death in Honduras has been related to poorness, lack of access to health services and to gender and cultural aspects. **OBJECTIVE** To determine the conditioning factors and impact of maternal death in the families, especially in the children in the occidental region of Honduras. **METHODS.** Sixteen cases from the Sanitary Region No. 5 were evaluated during the first semester of 2002 by two approaches: quantitative and qualitative/anthropological. Main variables studied were: sociodemographic data, gynecobstetric history, access to the health centers, causes of death, constitution of the families before and after death, and in-depth interviews. **RESULTS** Sixty eight percent of mothers were 20-34 years old, 38% were illiterate, and 25% were pregnant without the support nor presence of their partner. Causes of death were septic shock (31%), bleeding (38%), and eclampsia (13%). All had problems to access assistance during pregnancy and delivery. Out of 18 newborn (two twin-pregnancies), 2 were dead before delivery, and 4 had neonatal death, and 1 died in the first year. Fifty-four percent of the orphans were younger than 5 years. Affected families migrated to other homes and some families were completely adopted by others. We found indicators of depression and malnutrition in the children. They also suffered separation from their fathers, 60% of these had a new partner by the first year of the maternal death. **CONCLUSION.** Besides the fragmentation of the families, maternal death produced a major physic, psychological, spiritual and social impact in the 50 orphans left. Conditioning factors for maternal death were difficult geographical access to health services, poorness, illiteracy and the neglect of husbands to the prenatal control.

**Keywords:** Honduras. Maternal death. Orphan. Risk factors.

## INTRODUCCIÓN

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas acci-

dentales o incidentales. La defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.<sup>1,2</sup>

Según datos de la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), se estima que a nivel mundial casi 600,000 mujeres mueren todos los años a causa de complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento. Entre 30 y 100 mujeres padecen graves enfermedades derivadas de la maternidad y cada minuto que pasa una mujer pierde la vida debido a las complicaciones del embarazo, parto o el puerperio. Cada 6 segundos un recién nacido viene al mundo en un estado tal de debilidad, que antes de que pase un mes habrá muerto.<sup>3</sup>

De acuerdo al Programa de Maternidad Segura de la UNICEF, el riesgo de mortalidad materna durante toda la vida de la mujer es el siguiente: 1 de cada 16 mujeres en África, 1 de cada 65 en Asia, 1 de cada 139 en América Latina, 1 de cada 1,400 en Europa, 1 de cada 3,700 en América del Norte y 1 de cada 1800 en las denominadas Naciones Ricas. El riesgo de mortalidad materna en adolescentes menores de 18 años es 2 a 5 veces más que en mujeres mayores de 18 años y el 11% de todos los embarazos que se producen en el mundo ocurren en adolescentes. Cada año aproximadamente 5 millones de abortos provocados son en jóvenes entre 15 y 19 años. De cada 100 mujeres que quedan embarazadas hasta 40 sufrirán alguna complicación en el embarazo, el parto o el puerperio, 15 presentaran complicaciones que ponen en riesgo su vida y 5 de ellas necesitaran una cesárea.<sup>3</sup>

La tasa de mortalidad materna (TMM) de Honduras reportada por la Secretaría de Salud fue de 221 por cada 100,000 nacidos vivos (N.V.) en 1990 y de 108/100,000 N.V. en 1997 (Ref. 4). A partir del lanzamiento de la iniciativa para una Maternidad Segura a cargo de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones, muchos gobiernos, incluyendo el hondureño, han desarrollado esfuerzos por enfrentar la "epidemia silenciosa" de muertes maternas. El 80% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo se deben a hemorragia, septicemia y trastornos hipertensivos, siendo las mismas causas en Honduras. En nuestro país cada 31 horas muere una mujer por problemas del embarazo, parto o puerperio dejando mas de 1,400 niños huérfanos al año.<sup>2</sup>

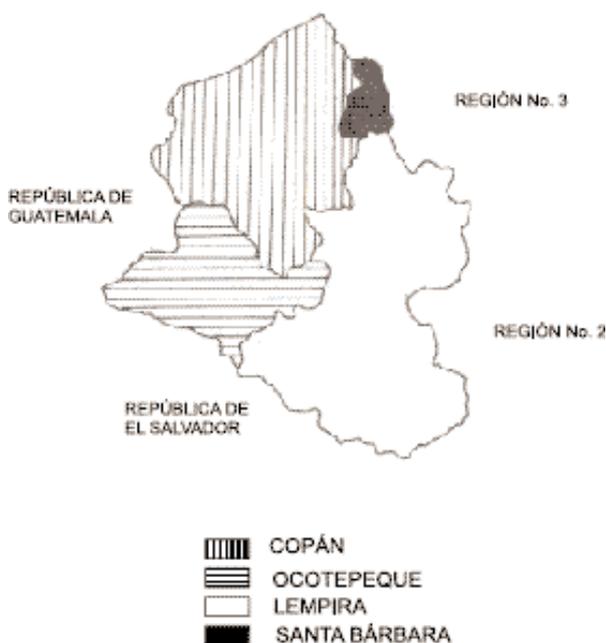
Hay datos estadísticos sobre el número de muertes maternas en Honduras, pero hay escasa información publicada sobre el impacto familiar y el desequilibrio que se produce cuando un hogar adopta a otro por completo. Por esta razón se realizó este estudio en el Occidente de Honduras para determinar el impacto de la mortalidad materna en la familia de la madre fallecida, especialmente en la niñez, así como las condiciones que favorecen dicha mortalidad.

### PACIENTES Y MÉTODOS

La Región de Salud No. 5 de la Secretaría de Salud en la actualidad sirve a una población aproximada de 657,703, cuenta con 4 áreas de salud y cubre los Departamentos de Copán, Ocotepeque, Lempira y 2 Municipios de Santa Bárbara (Figura No. 1). El estudio se realizó durante el año 2002 con la aprobación de la Jefatura de dicha Región, así como con el consentimiento informado de las familias, se evaluó 16 de los 28 grupos familiares en los cuales ocurrió una muerte materna.

Datos del Análisis de Situación de Salud según Condiciones de Vida (ASIS-SCV), ubica a la Región

**Figura No. 1.** Mapa de las Región 5, comprende 3 Departamentos y 2 Municipios de Santa Bárbara.



Sanitaria No. 5 entre las regiones más pobres de nuestro país, la cual cuenta con 70 municipios de los cuales 5 están en el estrato I, 5 en el II, 9 en el III, 16 en el IV, 16 en el V y 19 en el VI.

Los estratos I, II y III agrupan los Municipios de mayor desarrollo del país, y consecuentemente, en los estratos IV, V y VI están ubicados los Municipios de menor desarrollo del país, esto refleja las condiciones de pobreza en que vive esta población en base a los Análisis de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (Ref. 5).

Este es un estudio descriptivo transversal, que se realizó mediante dos enfoques, cuantitativo y cualitativo. Inicialmente se recopiló información de los expedientes en los Hospitales donde ocurrieron algunas de las muertes institucionales. Posteriormente se visitó a cada una de estas familias en sus comunidades para una evaluación directa y observar de cerca las condiciones en que actualmente vivían, a través del cambio de su estructura familiar incluyendo la fusión con otra familia. Las entrevistas fueron realizadas con una radio grabadora portátil y posteriormente fueron transcritas. Asimismo, se tomaron fotografías de los diferentes grupos familiares. Tanto las entrevistas como las fotografías fueron realizadas después de obtener el respectivo consentimiento informado por escrito. Las variables estudiadas incluyeron indicadores sociodemográficos y económicos, antecedentes gineco-obstétricos, distancia y tiempo para llegar a la unidad productora de salud (UPS), constitución de los grupos familiares antes y después de la muerte materna y el número de muertes por causa, características de la madre, estado civil, lugar de procedencia, escolaridad. La situación actual de las familias se evaluó mediante entrevistas de profundidad y se realizó análisis descriptivo del impacto psico-social de la muerte materna en las niñas y niños huérfanos.

### RESULTADOS

La ubicación geográfica de los 16 grupos familiares estudiados, donde hubo una muerte materna fue: Copán 8 (50%), Lempira 5 (31%), Ocotepeque 2 (13%) y en el Municipio de Protección, Santa Bárbara 1 (6%). De las 8 muertes ocurridas en Copán, 4 ocurrieron en el Municipio de Copán Ruinas. El 13% de las madres era

menor de 20 años, el 68% tenía entre 20 a 34 años y el 19% era mayor de 35 años. El 38% no tenía ningún grado de escolaridad, el 49% tenía primaria incompleta (primero y segundo grado) y únicamente el 13% había completado la primaria. El 75% convivía en parejas, el 19% vivía separado y 6% de las madres eran viudas. El 75% de las parejas estaba en unión libre y el 25% estaba casada. El 79% de los cónyuges tenía como ocupación la agricultura y su sueldo mensual promedio era de 720 a 800 Lempiras.

En cuanto a la paridad, el 44% tuvo más de 4 partos; en 31% era su primer parto, el 13% era su tercer parto y en 6% era su segundo parto. En 6% de los casos no hubo parto, porque el producto era óbito y no se extrajo en ningún momento. El 69% de las madres se controló el embarazo. De éstas, el médico realizó el 55% de los controles, el 27% fue hecho por auxiliares de enfermería y el 18% por partera. El promedio de controles por paciente según tipo de personal que lo realizó fue: dos por el médico, 1.6 con enfermera y 4.5 con partera. El 31% de las pacientes que no se controló el embarazo fue por las siguientes razones: 60% porque su cónyuge no se los permitió, el 20% porque el centro de salud estaba muy lejano de su casa y el otro 20% debido a que "le pesaba mucho la panza". De las pacientes estudiadas, solamente el 60% se realizó exámenes básicos de laboratorio. Los datos sobre la madre se resumen en el Cuadro No.1.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, la distancia y el tiempo para trasladarse a la UPS más cercana era la siguiente: el 37% de estas familias camina más de 4 Km. (en un promedio de dos horas y media), el 37% de las familias camina más de 9 Km. (en mas de cinco horas y media). El promedio del costo del transporte interurbano del lugar desde donde toma el bus para trasladarse al Hospital más cercano es de L.70.00 aproximadamente y el promedio del transporte expreso de la comunidad al Hospital es de L.1000.00. Solamente el 25% de estas comunidades estudiadas cuenta con parteras aceptablemente capacitadas para atender un parto.

La atención de estos partos se realizó principalmente por parteras (43%), médicos en el hospital (38%), por el esposo (13%) y por una vecina (6%). De los embarazos gemelares, una de las gemelas ya falleció por desnutrición, la otra es atendida por una tía materna la cual la alimenta con lactancia materna porque ella tiene un niño de 4

**Cuadro No. 1.** Características del último embarazo y datos de la mortalidad de las madres estudiadas, Región de Salud No.5, año 2002.

Características	No.	%
A. Controles prenatales realizados por:		
Médico	6	38
Auxiliar de enfermería	3	19
Partera	2	12
Ninguno	5	31
B. Exámenes de laboratorio realizados	1	6
C. Atención del parto en / por:		
Casa / vecina	1	6
Casa / partera	7	44
Casa / esposo	2	12
Hospital / médico	6	38
D. Condición del producto*		
Óbito	2	11
Muerte infantil	1	6
Muerte neonatal	4	22
Vivos	11	61
E. Causa de la muerte		
Hemorragia	6	38
Choque séptico	5	31
Eclampsia	2	12
Otras	3	19

\* Dos embarazos fueron gemelares para un total de 18 productos.

meses. Los productos del otro embarazo gemelar a los 17 días de nacidos estaban ingresados en el Hospital Regional de occidente por sepsis neonatal. El lugar de fallecimiento de las pacientes es el siguiente: 49% en casa, 38% en el Hospital y un 13% en el carro que las trasladaba al hospital. Las causas de estas muertes fueron: 38% por hemorragia, 31% por choque séptico, 13% por eclampsia y el 18% restante fue por otras causas (trombosis venosa, insuficiencia hepática y la otra fue indeterminada). El tiempo de vida promedio de las pacientes después del parto o la cesárea fue de 41 horas en la casa (con un rango de una hora y media a 4 días) y 44 horas en el hospital (con un rango de once horas a 7 días).

Todas estas familias en las cuales ha fallecido la madre han emigrado a hogares de parientes de la fallecida o del cónyuge. Actualmente, el 40% de los viudos está soltero

y un 60% de ellos ya tiene una nueva pareja. Se investigó los antecedentes de muertes maternas en la familia por medio de un genetograma, se encontró afirmativo en 9 de ellas, 3 de estas familias tenían más de 2 muertes maternas y una de estas familias era la segunda hija que falleció por esa razón en menos de 2 años. La distribución de los niños huérfanos se presentan en el Cuadro No. 2.

Las figuras No. 2-5 muestran las fotografías de 3 familias estudiadas (previo consentimiento informado). A continuación se presenta partes relevantes de algunas entrevistas realizadas a las familias estudiadas.

**Familia 1.** Paciente de 17 años procedente del Barrio San Pedrito de Copán Ruinas, primigesta. El producto fue óbito y ella falleció por choque séptico. La madre de la fallecida dice que su hija le hace falta porque *“uno con sus hijos por lo pobre que viva pero tiene un espacio siempre para ellos.”* El esposo de la fallecida vive actualmente en la casa de su suegra porque no tiene trabajo y él mismo es un huérfano y no tiene adónde ir. Este viudo actualmente está soltero y dice que su esposa le hace falta *“en el sentido de que uno se acostumbra a veces de llegar de donde uno anda, ande buscando trabajo donde sea, uno se acostumbra a que al llegar, ella la mujer ya le tiene el almuerzo hecho o algo así y ahora no.”*

**Familia 2.** Paciente de 48 años procedente de Rastrojitos, Florida Copán, múltipara con embarazo gemelar. Falleció por eclampsia, dejó ocho niños huérfanos. Seis niños son cuidados por la abuela materna. Una de las gemelas falleció por desnutrición y la otra gemela es criada por una hermana de la fallecida, quien tiene un hijo 4 meses menor que la gemela huérfana y a los dos les brinda lactancia materna. Ella dice con mucho orgullo: *“así reviví a la hija de la muerta.”* Cuando se le preguntó a la abuela

**Cuadro No. 2.** Distribución de los niños huérfanos por edad y sexo.

Edades	Sexo F		Sexo M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 año	5	10	6	12	11	22
1 a 5 años	5	10	11	22	16	32
6 – 10 años	7	14	8	16	15	30
11-15 años	4	8	4	8	8	16
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



**Figura No. 2.** Aldea Rastrojitos, la madre fallecida dejó 8 huérfanos, 6 son cuidados por la abuela materna.



**Figura No. 3.** Rastrojitos, hermana de la fallecida cuida la gemela viva dándole lactancia materna (ella tiene un menor de un año) y dice: “Así reviví la hija de la muerta”. La otra gemela falleció por desnutrición a los 3 meses de edad.



**Figura No. 4.** Aldea Nueva Esperanza, quedaron 2 huérfanos de madre, el padre se trasladó con sus 2 hijos donde su hermano para que su sobrina de 13 años le ayude con el cuidado de sus niños.



**Figura No. 5.** Aldea Crucitas, esta niña huérfana es cuidada por la abuela paterna, porque el padre de la niña se fue a entregar ya que él tiene una nueva pareja en menos de 6 meses.

que si alguien les explicaba a los niños sobre lo sucedido, ella afirma que les dice: *“que su mamá ya murió, que ya no la esperen, por que ellos ya no tienen mamá y son huérfanos”*. También dice que *“los niños están más llorones, más tristes y comen menos”*. Cuando se le preguntó a los niños sobre la madre, unos dicen que su mamá está en Santa Rosa y piensan que aún está viva. El cónyuge está soltero y todos viven con la familia de la abuela materna, quien tiene 56 años de edad y refiere que su hija le hace falta porque ella *“siempre estaba por el bien mío.”*

**Familia 3.** Paciente de 27 años procedente de Aldea El Encino, Copán Ruinas, múltipara. Falleció por choque séptico a los 4 días posparto. Dejó 3 niños huérfanos, quienes son cuidados por la abuela materna. Ella tiene 48 años de edad, dice que su hija le hace falta porque *“ya no la puedo ver”* y agrega que *“el hombre mío ya no se alcanza a dar el sostén a los niños”*. Nadie les explica nada a los niños sobre lo ocurrido, dice que *“el niño más chiquito siempre dice que la mamá anda trabajando y que ella trayéndole ropa anda.”* La madre fallecida pasó parte del embarazo sola porque el esposo falleció cuando ella tenía 6 meses de gestación.

**Familia 4.** Paciente de 25 años procedía de la Aldea Nueva Esperanza, Florida, múltipara. Falleció por hemorragia aproximadamente 2 horas después del parto, el cual fue atendido por una vecina. Dejó 2 hijos, uno de 3 años y medio y otro de 4 meses de edad, este último está en muy malas condiciones de nutrición. El padre se trasladó con sus hijos adonde un hermano para que su sobrina de 13 años le ayude con el cuidado de sus niños. Cuando se le preguntó a este cónyuge en que forma le hace falta su esposa, el respondió: *“pues que francamente a uno la mujer le hace falta para que le eche la comida y le lave la ropa a uno, le tenga a uno todo bien arreglado para solo llegar a comer.”* El niño dice que *“la mamá anda por el pueblo y que le va a traer pan para tomar con café.”* El padre dice que su hijo no pregunta nada, pero sí pasa más llorón y más triste.

**Familia 5.** Paciente de 27 años procedente de la Aldea de Crucitas del Municipio de Naranjito, Santa Bárbara, primigesta. El parto fue atendido en el Hospital de Occidente y fue egresada. Falleció por choque séptico 4 días después del parto en el carro que la trasladaba de regreso al hospital. El cónyuge ya tiene pareja nuevamente y fue a dejar a su hija recién nacida adonde su

madre para que se la cuide. La abuela tiene 56 años y dice que le hace falta su nuera *“en la alimentación de la niña, porque uno hace un gran sacrificio día y noche con la niña, tengo que estarme levantando a darle pepe y a cambiarle su mantilla y si su madre estuviera yo no estaría haciendo esto a mi edad.”*

## DISCUSIÓN

La tasa de mortalidad materna por 100,000 N.V. en Sur América y México es de 74, en Centro América es 96.7, en Costa Rica es 19.4 y en Honduras es de 108. (Ref. 6) (Rede Interagencial de informacoes para a saude. <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabecgi.exe?idb98/c05.def>. oct. 2002. Salud Materno Infantil y Reproductiva. [http://www.msp.gub.uy/indicadores/salud\\_materno-infantil-y-reprodu.htm](http://www.msp.gub.uy/indicadores/salud_materno-infantil-y-reprodu.htm). Oct. 2002). En la Región No. 5 la tasa es de 130, más alta que el promedio nacional.<sup>7</sup> La mortalidad materna varía considerablemente en las diferentes regiones del mundo y aún teniendo características similares con algunos de estos países cercanos, se observan grandes diferencias en las cifras de mortalidad materna. Los controles prenatales y postnatales realizados a las pacientes estudiadas fueron insuficientes; de las pacientes que se controlaron el embarazo solamente un 55% fue realizado por médico, quien solo logró proporcionar dos controles por paciente. El inadecuado control prenatal también se manifiesta porque solamente una de las pacientes fallecidas se realizó exámenes básicos de laboratorio. A pesar de que más de un tercio de ellas tuvo un parto hospitalario, la muerte ocurrió, por lo cual también debe enfatizarse la captación temprana de embarazadas para que no lleguen tardíamente al hospital y también los hospitales necesitan replantear periodos de observación posparto más prolongados para detectar complicaciones tardías fatales.

Estas situaciones nos hacen cuestionar si nuestro sistema de salud está proporcionando una cobertura suficiente y eficiente para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. De las pacientes estudiadas solo dos tuvieron control puerperal debido a que una de ellas estuvo ingresada por eclampsia y la otra fue dada de alta médica y posteriormente se complicó. Esta falta de control puerperal aumenta el riesgo de mortalidad materna.

La Encuesta Nacional de Micronutrientes (ENM) en 1996 encontró que el 26% de las mujeres no embarazadas y el 32% de las embarazadas estaban anémicas.<sup>8,9</sup> Este antecedente debe ser considerado como factor de riesgo, dado que la anemia en mujeres que se encuentran en edad reproductiva tiende a incrementar las probabilidades de mortalidad materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, entre otros trastornos del embarazo.

Otro aspecto importante a considerar, es que las embarazadas y puérperas deben tener la oportunidad de una atención por especialistas en Gineco-obstetricia para así reducir la cantidad y la gravedad de las complicaciones obstétricas y puerperales. Cuatro de las fallecidas eran procedentes del Municipio de Copán Ruinas, el Centro de Salud de este lugar sirve a una población aproximada de 12,523 habitantes y en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2002, se atendieron 366 partos de la siguiente forma: 191 (52%) por partera, 73 (20%) por otras personas, 69 (19%) por las mismas pacientes, 18 (5%) por el Hospital, 11 (3%) por el cónyuge y 4 (1%) en la U.P.S (archivos del centro de salud de Copan Ruinas Rafael Villamil). Según las Normas de la Mujer de la Secretaría de Salud, a toda embarazada se le debe garantizar el acceso a la atención de su parto por personal capacitado y en el nivel correspondiente a su grado de riesgo; se realizará la atención inmediata del recién nacido garantizando un adecuado periodo de adaptación al medio externo. Además, a toda mujer que haya tenido un parto o aborto, se le debe garantizar acceso por lo menos a una atención puerperal.<sup>2</sup>

Una de las muertes maternas estudiadas ocurrió en una adolescente de 17 años. El IHNFA estima que en la actualidad, más de 14,000 niñas hondureñas entre 15 y 17 años son madres, lo que estaría representando alrededor del 10% de la población femenina en ese rango de edad. En el año de 1997, la tasa de fecundidad en el ámbito rural llega al grupo de adolescentes a 161 por mil mientras que en el sector urbano, alcanza los 112 por mil; esto hace que el número promedio de hijos en grupos de adolescentes en el área rural llegue a 2.2, superior al 1.4 de las ciudades como San Pedro Sula.<sup>4,8</sup> Cabe recordar que la fecundidad rural adolescente está asociada a diversas dimensiones como la nupcialidad o inicio de vida sexual a más temprana edad, acceso restringido a servicios de salud reproductiva, menor nivel educativo y poca apertura a planificación familiar.<sup>9</sup> Por la situación en que

viven, estas madres adolescentes están expuestas a tener embarazos de alto riesgo, abortos y a procrear hijos de bajo peso. De esa forma, el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública importante en Honduras y lo seguirá siendo en la medida que la población en edad reproductiva aumente y la edad media de iniciación sexual tienda a disminuir. En nuestro país debemos tomar como embarazo de riesgo a todas las embarazadas porque la mortalidad materna es multifactorial, esto debe ser independientemente de la edad ya que el 68% de estas muertes estudiadas ocurrió en edades de 20 a 34 años la cual no está contemplada como criterio de riesgo, además de la diversidad de factores de riesgo que se suman a esto como las condiciones socio-económicas, culturales, etc.

También hay que recalcar el poco o limitado acceso que tiene esta población a los servicios de salud, lo cual está reflejado no solamente en las distancias que deben recorrer estas personas para llegar a una UPS, si no también en la calidad que se brinda en estos centros. Algo muy importante es la extrema pobreza en que vive la mayoría de éstas familias, para quienes el trasladarse a un hospital de nuestro sistema de salud significa gastar más de lo adquirido durante un mes de trabajo. Esto le provocaría no sólo un desequilibrio económico sino también un daño emocional y un sentimiento de desprotección.

En cuanto a la migración de las familias de las fallecidas, es evidente la evolución de la familia nuclear (compuesta por padres e hijos solamente) hacia la familia extendida, formada generalmente por dos o más familias. Vemos que esta población estudiada está en una franca desventaja, porque la madre en estos hogares era el eje del hogar y su muerte biológica se ha convertido en una muerte social y de la familia, pues se perdió la integración familiar. Estas familias que sumaban 137 integrantes, se han incrementado a 179 miembros, de 54 niños después de la muerte sumaron 90, y los adultos de 83 a 89. Con la fusión de la nueva familia se condiciona un mayor hacinamiento, menores posibilidades para asistir a la escuela, mayor propensión a enfermedades, mayor riesgo de muerte, y desnutrición. Esto se refleja en una de éstas niñas huérfanas que falleció de desnutrición y la mayoría de los demás niños está en malas condiciones nutricionales. Los niños huérfanos de madre están más propensos a no recibir asistencia médica oportuna y educación a medida que crecen. Esto fue demostrado en un estudio realizado

en Bangladesh, el cual mostró que cuando una madre muere, sus hijos (y especialmente las hijas) tienen mayor probabilidad de morir que otros niños cuyos padres están ambos vivos. El estudio evaluó las muertes por cada 1,000 niños, agrupados de la siguiente forma: si estaban vivos los padres o había fallecido uno de ellos y se concluyó que cuando ambos padres estaban vivos murieron 28 niños y 41 niñas, cuando muere el padre fallecieron 31 niños y 55 niñas, y al fallecer la madre murieron 80 niños y 190 niñas, esto manifiesta que en algunos casos se cuadruplicó la muerte de los niños o niñas. (Ref. 10, Prepared by Family Care International (FCI) and the Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG). [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org) oct.2002). Además de todo esto a muchas de estas niñas se les prepara de forma indirecta para que en el futuro tengan pareja más tempranamente y sean madres a temprana edad, porque están asumiendo el rol de la madre que falleció y son responsables de los cuidados de sus hermanitos y las atenciones del padre.

La condición socioeconómica de los niños huérfanos evaluados en este estudio los pone en alto riesgo de morbi-mortalidad. Ya que un informe del IHNFA (Instituto Hondureño de la Niñez y de la Familia) estima que en 1998, el 67% de las niñas y niños hondureños vivía en extrema pobreza y manifiesta la existencia de aproximadamente 300 mil mujeres en situación de jefatura de hogar, la mayoría de las cuales vive en la pobreza.<sup>11</sup> La muerte de la madre debe verse como una tragedia social porque esto ha provocado que otros hogares adopten a esta familia completamente, desde los niños hasta el padre de familia. Esto ha generado cambios en el estado de ánimo de los niños, porque según reporte de sus familias estos niños comen menos, lloran más, están deprimidos, algunos de ellos pasan ansiosos porque creen que la madre se perdió y cada vez que el padre va a trabajar piensan que el también se va a perder y quedan llorando en la casa, otros dentro de su ingenuidad salen a llamar a la madre al solar y le gritan que si ella vuelve se van a portar bien. Tampoco alguien se toma un tiempo para explicarles sobre la muerte de la madre y estos niños, en su mayoría probablemente por su corta edad, no entienden que su madre murió. Ellos piensan que su madre está viva, trabajando, o que está en el pueblo más cercano comprándoles ropa, comida o juguetes. Además, estos niños no tienen ningún tipo de atención especial para explicarles sobre lo ocurrido y mucho menos se les brinda un mejor trato; al contrario, las familias que se

han hecho cargo de ellos manifiestan que son una carga, porque están viviendo en la misma casa más miembros y se cuenta con el mismo ingreso económico de antes. Las quejas de las abuelas es que se han convertido en madres sustitutas y que ellas ya no tienen la misma energía, la edad, ni mucho menos los medios económicos para afrontar esta situación. Estos niños también tienen que soportar rechazos de algunos miembros de su nueva familia adoptiva porque están ocupando espacios que no les pertenece.

Otro aspecto antropológico interesante, es que cuando se le pregunta a los integrantes de la familia de las madres fallecidas sobre la fecha del parto de estas pacientes, todos responden "ella se enfermó tal fecha". Desde ese momento, están relacionando el parto con enfermedad y muerte, a pesar de que el embarazo no es una enfermedad y que la morbi-mortalidad relacionadas al embarazo se pueden prevenir a través de intervenciones simples y de bajo costo. Fracasar en el logro de este objetivo es negar a las mujeres un derecho humano fundamental, el derecho de obtener el nivel más alto de salud posible. Se debe tener presente las limitaciones que tienen la mayoría de las mujeres en nuestro medio y la poca libertad que tienen a tomar decisiones, ejemplificado en que a tres pacientes de este grupo estudiado el cónyuge no les permitió que se controlaran el embarazo y esto fue sin duda, uno de los factores predisponentes a mayor riesgo de mortalidad materna.

En culturas como la nuestra, especialmente en las regiones rurales la distribución entre el trabajo doméstico de la mujer y el trabajo extradoméstico y "productivo" del hombre, puede reforzar el contraste entre el hombre como alguien público y valorable y a la mujer como doméstica e inferior.<sup>12</sup> Por otra parte y contradictoriamente, observamos que en nuestro país, es frecuente el matriarcado. Esto refleja la incapacidad de muchos hombres de asumir la responsabilidad por sus mujeres y por los hijos que engendran. Es necesario una mayor educación sobre la participación del hombre en la salud de la mujer y en la planificación familiar. Por eso, las intervenciones deben ser no solamente a nivel del sistema de salud sino también en las comunidades. A raíz de esta alta tasa de mortalidad materna en la zona estudiada instituciones como "Salvemos las Madres" están iniciando intervenciones mediante capacitaciones para formar comités de vigilancia de embarazadas a nivel comunitario. Además

esta institución está apoyando un proyecto de remodelación de un espacio físico en la U.P.S. de El Paraíso, Copán, para brindar atención de parto limpio en esa zona.

En la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, realizada en Nueva York en septiembre de 1990, se realizó una declaración por la supervivencia, protección y desarrollo del niño, siendo las principales metas la protección a los grupos más vulnerables, la reducción de la mortalidad infantil y de los menores de 5 años; la reducción de la mortalidad materna, la reducción de la desnutrición severa y moderada entre los menores de 5 años y la ampliación de la cobertura de educación.<sup>3,11</sup> Cumplir esto debe ser una prioridad en nuestro país, donde los problemas de atención de partos también se reflejan en aumento de secuelas neurológicas como epilepsia, parálisis cerebral infantil y trastornos del desarrollo en los niños.<sup>13</sup>

Según UNICEF, las causas de mortalidad materna derivadas de la maternidad son las mismas para las mujeres de todo el mundo, pero la vulnerabilidad de las mujeres de las naciones más pobres está relacionada con la denegación de varios de sus derechos humanos.<sup>3</sup> Por esta razón es importante realizar estudios como el presente con un enfoque cualitativo para reflexionar, analizar y profundizar en la tragedia social que deja la muerte de la madre en estas familias. Esta información debe servir para diseñar estrategias efectivas. Ni los médicos ni nuestras autoridades de Salud deben olvidar la otra cara del problema: lo que se genera después de la muerte materna en la familia, en los cónyuges pero especialmente en las niñas y niños huérfanos para quienes el futuro se plantea incierto. Se recomienda incrementar en nuestro país, la educación, el acceso a servicios básicos de salud y nutrición antes, durante y después del parto para garanti-

zar una atención prenatal y postnatal de mayor calidad especialmente a las mujeres de escasos recursos económicos.

#### REFERENCIAS

1. OPS/OMS. CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. Revisión. Washington, D.C. : OPS;1995.
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Riesgos Poblacionales, Departamento de Salud Materno Infantil, Unidad de Atención a la Mujer. Manual de Normas y procedimientos de atención a la Mujer, Tegucigalpa, Honduras. 1999.
3. UNICEF. Headquarters Health Section, Programme Division, Programming for Safe Motherhood. 1ed. New York: 1999.
4. Secretaría de Salud. Departamento de Salud Materno Infantil. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en edad reproductiva en Honduras. 1999.
5. Secretaría de Salud. Sub Secretaria de Riesgos Poblacionales, Departamento de Epidemiología, OPS/OMS. Análisis de Situación de Salud según condiciones de Vida (SASSIS-SCV), Honduras: 2000.
6. OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Nov. 2001:1-7
7. Región de Salud No. 5. Archivos de Evaluación Anual. Santa Rosa de Copán, 2001.
8. Presidencia de la República de Honduras. IHNFA, Políticas y Estrategias, Junio 1998.
9. IHNFA-UNICEF. Análisis de situación de Infancia, Mujer y Juventud. Honduras 1998:140.
10. Chatterjee M. Indian Women: Their Health and Productivity. World Bank Discussion Paper 109, Washington, DC: 1991.
11. UNICEF, Situación de la Niñez Hondureña, Marzo 2001: 3
12. Kottar C. Phillip. Cultural Anthropology. 8 th Ed. Boston: Mc Graw Hill; 2000: 192, 275- 276.
13. Medina MT, Durón R, Martínez L, Osorio JR. The Salamá, Honduras epilepsy study: epidemiological, genetic, immunologic, video-EEG, CT scan and clinical findings. Epilepsia 1997; 38 (suppl. 7):8.