



OBSERVATORIO POLÍTICO
DOMINICANO

CUADERNOS DEL OPD

Mujeres que en proceso de dar vida la pierden

Estudio cualitativo de la mortalidad materna en
República Dominicana

Juan Montero Sánchez, Manuel Arias y Juan de Jesús Rodríguez

Serie Políticas Públicas



Mujeres que en proceso de dar vida la pierden
Estudio cualitativo de la mortalidad materna
en República Dominicana

Montero Sánchez, Juan

Mujeres que en proceso de dar vida la pierden: estudio cualitativo de la mortalidad materna en República Dominicana / Juan Montero Sánchez, Manuel Arias y Juan de Jesús Rodríguez. -- Santo Domingo: Fundación Global Democracia y Desarrollo; Observatorio Político Dominicano, 2014.

56 p. – (Serie políticas públicas)

ISBN: 978-9945-412-96-3

Mortalidad materna-República Dominicana. 2. Salud maternoinfantil-República Dominicana. I. Arias, Manuel. II. Rodríguez, Juan de Jesús.

LC HB1323

Dewey 304.64

© Editorial Funglode, Fundación Global Democracia y Desarrollo
Av. Pedro Henríquez Ureña 58, La Esperilla, Santo Domingo,
República Dominicana, www.editorialfunglode.com
Junio de 2014

Todos los derechos de la obra están reservados.
Queda prohibida su reproducción total o parcial, sea por
medios mecánicos o electrónicos, sin la debida autorización.

Título: Mujeres que en proceso de dar vida la pierden. Estudio cualitativo
de la mortalidad materna en República Dominicana

Equipo de investigación
Juan Montero Sánchez
Manuel Arias
Juan de Jesús Rodríguez

Asesores
Dr. Julián Valdés
Dr. Leopoldo Artilés

Cuadernos de política: Serie Políticas Públicas

Impresión: Editora Búho

Impreso en República Dominicana

**MUJERES QUE EN PROCESO DE DAR VIDA
LA PIERDEN. ESTUDIO CUALITATIVO
DE LA MORTALIDAD MATERNA EN
REPÚBLICA DOMINICANA**

Equipo de investigación

JUAN MONTERO SÁNCHEZ

MANUEL ARIAS

JUAN DE JESÚS RODRÍGUEZ

Asesores

DR. JULIÁN VALDÉS

DR. LEOPOLDO ARTILES



Observatorio Político Dominicano

Julián Valdés

Director

Fanny Vargas

Coordinador Unidad de Políticas Públicas

Dilena Medina

Coordinadora Unidad de Sociedad Civil

Karina Taveras

Coordinador Unidad de Gobierno Local

Omar Pérez Rubiera

Coordinador Unidad de Partidos Políticos y Sistema Electoral

Gaudy Esther Ciprián Mora

Coordinadora Unidad Poder Legislativo

El Observatorio Político Dominicano (OPD) es una iniciativa de la Fundación Global, Democracia y Desarrollo (FUNGLODE), que se enmarca en su misión de: a) Analizar temas vitales para promover el desarrollo humano y el fortalecimiento democrático. b) Desarrollar propuestas de políticas públicas y planes de acción que ofrezcan respuestas a los problemas nacionales desde una perspectiva multidisciplinaria e integral. c) Contribuir a la formación de un núcleo crítico de la sociedad dominicana.

Observatorio Político Dominicano (OPD)

Avenida César Nicolás Penson 127, La Esperilla, Santo Domingo,
República Dominicana.

Tel. (809)685-9966 • opd@funglode.org

Contenido

1. A modo de introducción. El drama de una muerte materna anunciada: síntesis de la problemática	9
2. Aspectos metodológicos	13
2.1. Enfoque metodológico	13
2.2. Procedimiento	16
2.3. Herramientas de recolección de información	19
3. Contexto general: planes de reducción y tendencia de la mortalidad materna en República Dominicana	20
3.1. Principales causas de muertes maternas en República Dominicana	22
4. Factores socio-económicos relacionados con las muertes maternas en República Dominicana	25
4.1. Situación laboral	26
4.2. Situación educativa: embarazo en la adolescencia y muerte materna	28
4.3. Situación económica y servicios de salud	29
4.4. Muertes maternas: recursos asociativos	30
5. Factores de riesgo de muertes maternas en el ámbito hospitalario	31
5.1. Las condiciones de los hospitales públicos	31
5.2. Las condiciones del personal de salud	33
5.3. La atención en los hospitales públicos	35
5.4. Los referimientos médicos	37

6. Muerte materna: el drama familiar	37
6.1. La angustia de la desinformación	37
6.2. Entre el duelo y el recuerdo	39
7. Conclusiones	43
8. Bibliografía	46
9. Anexos	49

1. A MODO DE INTRODUCCIÓN. EL DRAMA DE UNA MUERTE MATERNA ANUNCIADA: SÍNTESIS DEL PROBLEMA

“El hijo que se cría sin el amor de su madre es un hijo que, por mucha atención que tenga, le hace falta el cariño de madre, le hace mucha falta. El amor de madre yo no lo conozco” (Doña Cristina, huérfana de madre en 1940).

—*¡Dile a mami que cuide de mis hijos!*

Estas fueron las últimas palabras que Betania¹ escuchó de labios de su amiga Raquel cuando los médicos decidieron recogerla del pasillo del hospital para llevarla a la sala de cirugía.

Raquel, mujer de 33 años de edad, madre de tres niños y una niña, huérfana de padre, apenas alcanzó el séptimo grado de la educación básica. Emigró de su comunidad natal –en Barahona– al cumplir los 25 años de edad, dejando atrás a sus cuatro hijos y a su madre para establecerse en un barrio populoso de la provincia Santo Domingo, donde su amiga y compueblana Betania tenía un negocio ambulante de venta de comida.

¹ Todos los nombres son ficticios para proteger las identidades.

En la capital, Raquel se ganaba la vida vendiendo comida en un mercado. En mayor medida, tanto sus hijos como su madre se sostenían de lo poco que ella producía. En el mercado conoció a Esteban, un joven de origen humilde que trabajaba transportando pasajeros en su motor setenta; ambos se mudaron a una pequeña casa de madera techada de zinc. Al poco tiempo quedó embarazada del que sería su quinto hijo, pero el primero para Esteban. Esperar un bebé no le impidió trabajar y ganar el sustento de sus hijos y de su vieja; su ánimo y necesidad de producir le hizo pasar el embarazo caminando todo el mercado, cargando pesadas cubetas de comida y ofertando su mercancía a los vendedores de víveres.

Esteban y Betania testimonian que Raquel acudía casi todos los meses al centro de salud donde le daban seguimiento médico a su embarazo. A veces iba a un centro de salud cercano –en el barrio– y en otras ocasiones iba al hospital; todo dependía de cuán larga estuviese la fila, pues no le gustaba perder el tiempo, debía hacer su venta del día.

Según los familiares y allegados de Raquel, su embarazo se desarrolló sin complicaciones. Ella era una mujer fuerte, saludable, inquieta...

—(...) *solo que al final los médicos decían que tenía anemia, la presión... pero ¿cómo ella podría tener anemia si se pasaba todo el día caminando, cargando esas pesadas cubetas... comía bien, estaba rolliza, trabajaba en una cocina?... Eso no tiene sentido* –decía Esteban.

Aproximadamente a los cinco meses de embarazo,

—(...) *era de tarde y ella me llamó gritando que tenía un dolor y que estaba sangrando... Fui a la casa donde estaba ella y la llevé al centro de salud que está cerca, le pusieron un suero y dijeron que ahí no podían atenderla, que tenía que llevarla al hospital* –narra Betania.

La llevaron al hospital en una guagua de transporte público. Los familiares explicaron que no contaban con suficientes recursos para usar la ambulancia, ya que esta “no se mueve del centro sin que el paciente busque 1,500 pesos para el combustible y los viáticos del chofer”. Solo pudieron conseguir –a duras penas– 1,000 pesos prestados, razón por la cual los encargados de la ambulancia rehusaron dar el servicio.

Al llegar al hospital fue colocada en una camilla en emergencias. Allí les informaron que debían esperar “que el único gineco-obstetra en

servicio se desocupe de las cesáreas que tiene programadas”. Mientras tanto, Raquel continuaba sangrando, su estado degeneró en un aborto: la criatura, un varón, había muerto.

Tres horas después de haber abortado en la camilla y ya sin fuerzas, Raquel fue ingresada a la sala de cirugía para realizarle un legrado. A los pocos minutos, los médicos informaron a los familiares y allegados que la paciente necesitaba sangre, “mucha sangre”. Los parientes salieron apresurados a buscar dinero: pidieron prestado, acudieron a la casa de empeños, la comunidad hizo una colecta... Se buscó dinero para comprar sangre, mucha sangre.

Pasadas varias horas llegaron con lo que ellos consideraban que era mucha sangre. Allí esperaron mucho tiempo a que alguien les diera información sobre el estado de Raquel, pero nadie salió, nadie habló, “nadie se conmueve de ver a madres, padres, esposos, hermanos, amigos, angustiados por no saber qué pasa con su ser querido”.

Finalmente, lograron pasar al área donde estaba su pariente porque uno de los familiares sobornó al portero. Buscaron a Raquel con desesperación, sin que nadie supiera decirles en qué habitación se encontraba. Al cabo de dos horas la encontraron, pero no les permitieron verla porque estaba en cuidados intensivos. Una doctora solo les dijo: “Oren a Dios, que es el único que la puede salvar”.

Familiares y amigos no querían alejarse de la puerta, pues necesitaban saber qué pasó, cómo estaba su amiga, su madre, su esposa, su hija. Unas horas después, los médicos les comunicaron que Raquel había fallecido, que no tenían más nada que hacer.

Este es el drama que viven decenas de mujeres en República Dominicana, que en el proceso de dar vida pierden la suya.

En este documento se presenta una aproximación, desde una perspectiva cualitativa, al drama de la muerte materna en República Dominicana. Este ejercicio busca ir más allá de los registros oficiales para analizar las situaciones e incidentes relacionados con el fallecimiento de las mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y la forma en que los familiares, allegados y el personal de salud experimentan estos hechos.

En atención a lo anterior, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Aprender la forma en que familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio experimentaron la situación socio-económica que caracterizó el desarrollo del embarazo y parto de estas mujeres.
- Captar las experiencias y vivencias de los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en torno a las situaciones y prácticas desarrolladas en el ámbito hospitalario al momento en que procuraron atención médica.
- Describir el drama experimentado por los familiares después de la muerte de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

En coherencia con los objetivos establecidos, este documento está dividido en cinco secciones:

1. Aspectos metodológicos: se indica la perspectiva metodológica en la cual se inscribe el estudio, las técnicas implementadas y el procedimiento de recogida de información.
2. Contexto general: da cuenta de la tendencia de la mortalidad materna en República Dominicana y los planes para su reducción implementados en el país.
3. Factores socio-económicos. Se presenta la inequidad y la vulnerabilidad social en que vivían las mujeres fallecidas durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.
4. Factores sanitarios: analiza situaciones de riesgo de las muertes maternas en el ámbito hospitalario, presenta las situaciones y experiencias vividas por los familiares de mujeres fallecidas al momento de procurar atención médica.
5. Drama familiar. Esta sección dibuja las situaciones experimentadas por los familiares durante y después de la muerte de la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. Enfoque metodológico

Las muertes maternas constituyen un fenómeno multidimensional, primero, por los diversos aspectos socio-económicos y culturales que influyen en la ocurrencia de estas muertes; segundo, por la secuela: el drama psicosocial que genera el fallecimiento de estas mujeres en la sociedad en general y en su entorno familiar, en particular.

El estudio de este fenómeno se hace, pues, necesario a los fines de lograr una visión integral en atención a su naturaleza multidimensional. Sin embargo, su abordaje en el país se ha limitado a dar cuenta de la ocurrencia de muertes maternas a través de una medida resumen estandarizada denominada “razón de mortalidad materna”. Esta medida ofrece una visión general de estos hechos y permite la comparación entre regiones y países, pero no ayuda a entender las distintas situaciones sociales, económicas, culturales en las cuales las mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio estuvieron inmersas y las formas en que los familiares y allegados experimentaron los distintos incidentes relacionados con el desarrollo del embarazo, las eventuales urgencias obstétricas y el deceso de estas mujeres.

El estudio de las muertes maternas desde la experiencia vivida por familiares y/o allegados permite una aproximación a las dimensiones más profundas del fenómeno; vale decir, las prácticas y actitudes que estos sujetos institucionalizan a partir de la situación social y económica en la cual están inmersos y la forma en que esta situación condiciona su vida cotidiana. A su vez, favorece la producción y reproducción de prácticas y actitudes que propician la ocurrencia de estos fallecimientos.

Al declarar que para el abordaje del fenómeno se parte de la experiencia y vivencias de los sujetos, se indica que a los fines de este estudio se asume de manera predominante el enfoque/paradigma cualitativo. Desde esta perspectiva, resulta pertinente usar estrategias teóricas-metodológicas a partir de las cuales se le da mayor peso a la subjetividad y a las dinámicas internas presentes en la cotidianidad y experiencias

de los sujetos. El supuesto ontológico fundamental es que la realidad se construye socialmente y que, por lo tanto, no es independiente de los individuos (Szasz & Lerner, 2002).

En este sentido, Rusque (1999) plantea el enfoque cualitativo

(...) al focalizar su atención sobre cómo los individuos construyen la realidad social a partir de procesos interactivos que son parte de su vida cotidiana, le dan al sujeto un lugar preponderante en la medida en que afirman que son los sujetos quienes orientan significativamente la acción. Es en la estructura de las interacciones cara a cara donde se elabora el significado de la acción a través de procesos de comunicación, negociación, intercambios (p. 101).

No obstante, es importante destacar que dentro del enfoque cualitativo se inscribe un conjunto de estrategias teórico-metodológicas que abordan desde distintas perspectivas epistemológicas la experiencia de los sujetos, así como los significados que atribuyen a las distintas situaciones vividas. Estas estrategias no son mutuamente excluyentes; más bien, pueden ser articuladas, permitiéndose aproximar diversas perspectivas y prácticas, adecuando instrumentos y procedimientos a la naturaleza dinámica y multidimensional de los fenómenos sociales.

Atendiendo a lo anterior, a los fines de este estudio fue trazada una estrategia que articuló elementos tanto del método fenomenológico como de la teoría fundamentada. Por un lado, la investigación fenomenológica se centra en la experiencia vital, en lo vivido. Desde esta perspectiva se busca entender los significados que los sujetos atribuyen a lo experimentado en su vida cotidiana; es, en otras palabras, aprehender el mecanismo mediante el cual la gente conoce su mundo y acciona en él. A partir de esta perspectiva fue constituido nuestro objeto de investigación: “las muertes maternas en República Dominicana vistas desde la experiencia de los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas y especialistas médicos”.

La construcción del objeto de estudio desde la perspectiva fenomenológica permitió el desarrollo de una dinámica dialógica que implicó

asumir todo el proceso de recogida de información como un proceso iterativo y emergente que incorporó los relatos, sentimientos, prejuicios y valoraciones que afloraron a través de la interacción del participante/sujeto y el investigador/sujeto, como material de análisis.

Por otro lado, el esquema de análisis, compuesto por un conjunto de técnicas y procedimientos diseñados para la construcción de teorías a partir de los datos, fue incorporado de la teoría fundamentada.

Según Strauss & Corbin (2002),

(...) al hablar sobre análisis cualitativo, nos referimos, no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico (p. 22).

Desde esta perspectiva, el análisis es la interacción entre los investigadores y los datos; es un ir y venir constante partiendo de los datos: incidentes, situaciones, circunstancias y hechos particulares, pasando por un conjunto de procedimientos, técnicas y herramientas analíticas: preguntas analíticas y comparaciones teóricas, codificación línea a línea (microanálisis), codificación axial y selectiva, hasta llegar a la conceptualización para retornar a los datos.

Para los precursores de la teoría fundamentada, un concepto es un fenómeno al que se le ha puesto una etiqueta. Se trata de una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/interacción que un investigador identifica como significativo en los datos (Strauss & Corbin, 2002: 112).

Por último, en este punto es importante destacar que en nuestro enfoque metodológico predominantemente cualitativo hemos postulado la necesidad de complementar la visión que hasta ahora permite la investigación cuantitativa sobre la mortalidad materna en República Dominicana. Este problema es preocupante si se compara regionalmente con otros casos nacionales y a la vez constituye un drama humano que, de ignorarse, acarrearía el pecado social de la insensibilidad ante un

fenómeno que interpela seriamente los compromisos éticos del Estado y de la sociedad.

En este estudio rescatamos, pues, mucho de lo positivo que nos ofrece el enfoque metodológico cualitativo, que es el reconocimiento de que

(...) existen dos elementos fundamentales o “materias primas” sobre los que se habrá de trabajar, el lenguaje y la práctica, al ser elementos representativos de dos planos de la experiencia social, que se encuentran en constante comunicación: la práctica, perteneciente al nivel de lo ecológico, morfológico y concreto, y el lenguaje, ubicado en el mundo de los símbolos, los significados, la subjetividad y la intencionalidad. Así, el análisis y confrontación del lenguaje y la práctica constituyen tareas concomitantes y complementarias de la investigación cualitativa en salud en la región (Mercado Martínez & Torres López, 2000: 15).

En tal sentido, en esta investigación se implementaron herramientas mediante las cuales fueron aprehendidas las experiencias vividas por familiares y/o allegados de mujeres fallecidas, que acompañaron y fueron testigos de las distintas situaciones, incidentes y sucesos relacionados con el proceso de embarazo, parto, puerperio y la muerte de estas mujeres.

2.2. Procedimiento

Para el logro de los objetivos de esta investigación se desarrolló un conjunto de actividades que se implementaron en dos fases o momentos.

La primera fase respondió a la necesidad de tener un primer acercamiento al fenómeno de las muertes maternas en República Dominicana. Para esto se accedió a las estadísticas oficiales con la intención de obtener una visión general de la magnitud y tendencias del fenómeno; asimismo, identificar los territorios (localidades de procedencia de las mujeres fallecidas) y hospitales del país donde se registra el mayor número de muertes maternas.

La segunda fase consistió en la selección de los casos estudiados. Para ello atendimos a la ocurrencia y ubicación de los casos de muertes maternas en el país.

Las estadísticas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) muestran que los hospitales que registraron el mayor número de muertes maternas durante el período 2012-2013 fueron el Manuel Cabral y Báez, de la provincia Santiago; el Luis E. Aybar y la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, del Distrito Nacional; el Hospital San Lorenzo de Los Mina, de Santo Domingo Este y el Hospital Dr. Antonio Musa, de San Pedro de Macorís.

Hospitales	Número de casos notificados	
	2013	2012
Dr. Manuel Cabral y Báez	16	27
Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	6	18
San Lorenzo de Los Mina	5	7
Dr. Luis E. Aybar	4	29
Dr. Jaime Mota	3	*
Gral. Santiago Rodríguez	2	*
Antonio Musa	2	9
Juan Pablo Pina	2	*
Vinicio Calventi	*	5
Alejandro Cabral	*	8

*Información no disponible

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín epidemiológico semanal* (Diciembre 2012, Diciembre 2013).

Es importante destacar que estos hospitales reciben las urgencias obstétricas de mayor complicación que surgen en distintas localidades del país. En tal sentido, fue considerado el lugar de residencia habitual de la mujer fallecida y de sus familiares y/o allegados. Las provincias que registraron mayor número de ocurrencia de muertes maternas se indican en la Tabla No. 2.

18 **Mujeres que en proceso de dar vida la pierden**
Estudio cualitativo de la mortalidad materna en República Dominicana

TABLA No. 2	MUERTES MATERNAS POR PROVINCIA ENTRE 2009-2012				
Provincias	2009	2010	2011	2012	Total
Santo Domingo	50	49	52	36	187
Santiago	22	16	19	13	70
Distrito Nacional	19	16	17	15	67
San Cristóbal	17	8	8	15	48
La Romana	5	5	8	9	27
La Vega	12	6	4	5	27
San Pedro de Macorís	5	6	11	4	26
La Altagracia	6	5	6	5	22
San Juan de la Maguana	3	6	2	9	20
Valverde	6	5	3	5	19
Monseñor Nouel	4	4	6	5	19
Azua	6	5	1	5	17
Duarte	4	6	3	4	17
Puerto Plata	5	6	2	3	16
Monte Plata	4	2	7	2	15
Peravia	5	3	5	1	14
Baoruco	3	4	1	4	12
María Trinidad Sánchez	6	1	3	2	12
Samaná	4	5	3	0	12
Barahona	4	3	1	3	11
Hato Mayor	3	2	5	0	10
Monte Cristi	1	3	1	4	9
Elías Piñas	3	4	1	0	8
Españat	3	1	0	4	8
Dajabón	2	2	1	2	7
El Seibo	1	4	1	1	7
Independencia	2	1	1	3	7
Sánchez Ramírez	2	3	1	1	7
Hermanas Mirabal	0	1	2	2	5
Santiago Rodríguez	2	0	1	1	4
Pedernales	2	1	0	0	3
San José de Ocoa	0	0	1	2	3
Total	211	183	177	165	736

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletines epidemiológicos semanales (Dic. 2009, 2010, 2011, 2012)

A partir de los datos anteriores fueron seleccionados cinco casos que corresponden a las siguientes provincias y/o localidades:

- Provincia Santo Domingo. Fueron analizados dos casos: uno ubicado en Villas Agrícolas y otro en La Ciénaga.
- Provincia Santiago. Fue estudiado el caso de una residente en el municipio Tamboril.
- Provincia Peravia. Fue considerado un caso ubicado en el municipio Nizao.
- Provincia La Altagracia. Se estudió el caso de una mujer que residía en el barrio Pepe Rosario, de Higüey.

2.3. Herramientas de recolección de información

A los fines de cubrir los distintos ámbitos de interés del estudio se implementaron diferentes técnicas y herramientas de recolección de información. (Ver instrumentos en anexos)

TABLA. 3	ENTREVISTAS REALIZADAS SEGÚN LA CERCANÍA Y/O PARENTESCO CON LA MUJER FALLECIDA
Entrevistados	Número de entrevistados
Médicos/pasantes	7
Pacientes (mujeres embarazadas)	8
Esposos	4
Madres/padres	11
Hermanos/hermanas	5
Amigos/allegados	3
Total entrevistas realizadas	38

Fuente: Elaboración propia a partir de registros del diario de campo.

- Entrevistas a profundidad. Realizadas durante el período junio/julio de 2013 al personal médico (obstetras), familiares cercanos, amigos y allegados de la mujer fallecida.

- Observaciones. Realizadas entre la segunda semana de junio de 2013 y la primera semana de agosto del mismo año y registradas en diarios de campo. Estas observaciones conllevaron presenciar y registrar la dinámica de atención de las mujeres embarazadas en los hospitales y/o centros de salud: la interacción personal de salud-paciente, personal de salud-familiares, el tiempo de espera, las condiciones de infraestructura y equipos médicos, entre otros factores.

Las observaciones se llevaron a cabo en los hospitales Nuestra Señora de la Altagracia (Distrito Nacional), Dr. Luis Eduardo Aybar (Morgan), San Lorenzo de Los Mina y Nuestra Señora de la Altagracia (Higüey).

Asimismo, durante el proceso de observación en los hospitales se sostuvieron entrevistas (no grabadas) con el personal de salud, madres y esposos de mujeres en proceso de embarazo y parto.

3. CONTEXTO GENERAL: PLANES DE REDUCCIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN REPÚBLICA DOMINICANA

En el ámbito de la salud, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) plantean para República Dominicana reducir las muertes maternas en un 75 % entre 2000 y 2015. Para 1990 la tasa de mortalidad materna fue estimada en 229 por 100,000 nacidos vivos y la meta establecida para 2015 es disminuir esta tasa a 46.9 % (Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo, 2010).

Para lograr esta meta en el período 2000-2015, el Estado dominicano ha implementado un conjunto de acciones entre las que se destaca el *Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2005-2008*, que surgió a raíz de una serie de iniciativas para prevenir y evitar la mortalidad materno-infantil en República Dominicana y que a la vez dio origen al *Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2012-2016*.

CUADRO 1 INICIATIVAS IMPLEMENTADAS POR EL ESTADO DOMINICANO

Año	Acción	Objetivo
1995	Primer plan de acción por parte del gobierno dominicano en el que colabora la sociedad civil	Enfrentar las causas principales de mortalidad materna.
1997	Plan de Movilización Nacional por la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Notificar a la Dirección General de Epidemiología de la SESPAS, con carácter de obligatoriedad, de la muerte de cualquier mujer en edad reproductiva con el objetivo de identificar los factores que hayan incidido en dicha muerte y poder tomar las iniciativas que puedan prevenirlas.
2001	Estrategia de Maternidad Segura	Revisar políticas de la reducción de muerte materna y emitir el Decreto No. 578-01.
2001	Decreto No. 578-01	Reestructuración de comités de análisis de muerte materna y perinatal a nivel nacional, provincial, hospitalario y comunitario.
2004	Se designa la Comisión Presidencial para los Objetivos del Milenio y del Desarrollo Sostenible	Reiterar compromiso con los Objetivos del Milenio.
2005 - 2008	Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil	Que el país pueda alcanzar los Objetivos del Milenio, especialmente en lo relacionado con la salud.
2006 - 2015	Plan Decenal de Salud	Cumplir con los Objetivos del Milenio y abordar los problemas de salud prioritarios incluidos los de mortalidad materna e infantil.
2012 - 2015	Plan Estratégico Plurianual	Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez; que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.
2012 - 2016	Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2012-2016	Cumplir con los Objetivos del Milenio y abordar los problemas de salud prioritarios incluidos los de mortalidad materna e infantil.

Fuente: Realizado a partir del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2005-2008 y el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2012-2016.

En el Cuadro No. 1 se presenta, en forma cronológica, un resumen de las principales acciones e iniciativas desarrolladas por el Estado dominicano a los fines de reducir la ocurrencia de muertes maternas.

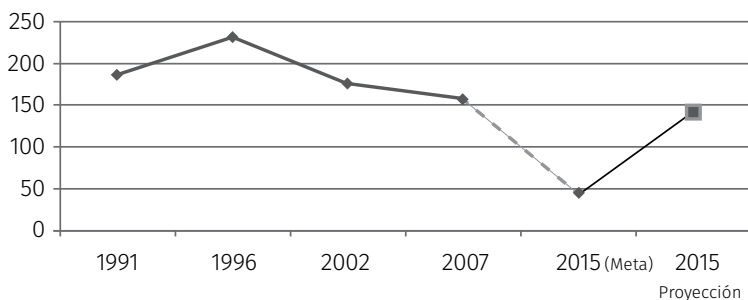
A pesar de todas las iniciativas y esfuerzos citados más arriba, los datos extraídos de las encuestas demográficas y de salud (ENDESA 1991-2007) indican que República Dominicana está lejos de cumplir los objetivos pautados para 2015.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 1996 (ENDESA-96) la tasa de muerte materna rondaba 229 por cada 100,000 nacidos vivos; seis años después, la tasa de mortalidad materna bajó a 178 por cada 100,000 n/v (ENDESA 2002). Para el año 2007, ENDESA registró 159 muertes maternas por cada 100,000 n/v.

Según el *Informe de seguimiento a los Objetivos del Milenio* (2010), de continuar la tendencia, la tasa de mortalidad materna para el 2015 sería de 141 por cada 100,000 nacidos vivos.

1

Disminución de las tasa de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos según datos ENDESA 1991-2007 y proyección 2015



Fuente: *Informe de seguimiento a los Objetivos del Milenio* (2010).

3.1. Principales causas de muertes maternas en República Dominicana

Según los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINA-VE), las principales causas de muertes maternas en República Dominicana son del tipo “obstétricas directas”: toxemia, hemorragias y compli-

caciones durante el puerperio, entre otras. Estas causas están vinculadas a los niveles de calidad y atención a los cuales las mujeres en proceso de gestación tienen acceso.

En promedio, el porcentaje de muertes maternas por causas obstétricas directas durante el período 1998-2011 fue 71.3 %. La mayoría de estas muertes ocurridas en el país durante los últimos 15 años pudo ser evitada.

CUADRO 2	CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN PORCENTAJE, SEGÚN AÑO (1999-2011)												
	Año de registro												
Causas de muerte	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Obstétricas directas	67.0	72.0	64.0	69.0	72.0	69.0	74.0	72.0	74.9	77.0	69.0	80.0	66.3
Toxemia	27.0	19.0	25.0	21.0	28.0	21.0	23.0	19.2	26.0	26.1	24.7	25.0	16.8
Hemorragias en parto y posparto	10.0	18.0	13.0	20.0	28.0	14.0	17.0	10.2	9.5	12.0	11.4	15.0	9.2
Abortos	7.0	8.0	7.0	10.0	5.0	8.0	9.0	11.9	13.3	7.0	8.0	9.5	8.7
Complicaciones puerperio, incluye sepsis puerperal	10.0	23.0	10.0	13.0	6.0	21.0	17.0	21.0	15.0	21.0	15.8	20.0	19.0
Otras	13.0	4.0	9.0	5.0	5.0	5.0	8.0	10.0	8.0	10.9	9.0	10.5	12.6
Obstétricas indirectas	33.0	28.0	36.0	31.0	28.0	31.0	26.0	28.0	25.1	23.0	31.0	20.0	33.7

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM 2010).

4. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LAS MUERTES MATERNAS EN REPÚBLICA DOMINICANA

La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales; son pobres y por encima de todo, son mujeres (Mahler, H. T. “Primera Conferencia Internacional Por una Maternidad sin Riesgo”, Nairobi, Kenya, 1987).

La mortalidad materna es considerada como un indicador del nivel de inequidad y vulnerabilidad social de una población, por lo que hace referencia no solo a los factores biomédicos (complicaciones médicas concomitantes con el embarazo y complicaciones obstétricas), sino a la existencia de factores sociales y económicos que influyen en la salud materna y reproductiva de la mujer.

Si bien es cierto que los aspectos biomédicos son, en última instancia, los signos que evidencian el estado de salud de la mujer, no es menos cierto que estos, más que causantes de la ocurrencia de muerte materna, son el resultado de la confluencia de factores socio-económicos y logísticos de los servicios de salud (Karam Calderon, Bustamante Montes, Campuzano González & Camarena Pliego, 2007).

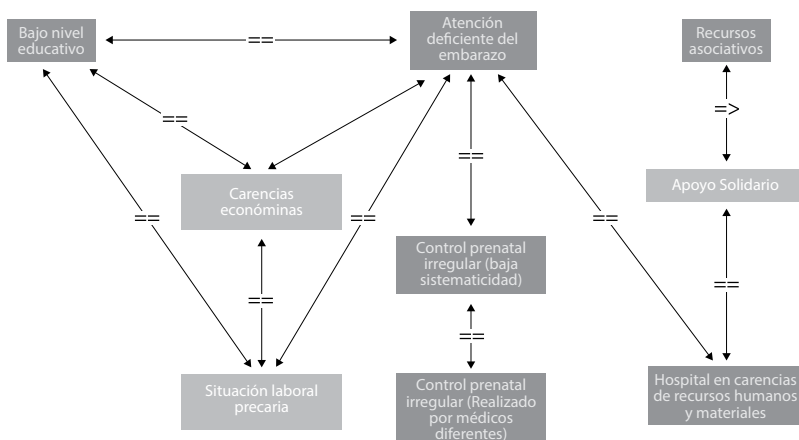
En el Gráfico. No. 2 se presentan los principales conceptos que emergieron de los relatos de los familiares y allegados de las mujeres fallecidas al momento de describir la situación socio-económica en que se encontraba su pariente durante el proceso de embarazo.

Como puede observarse, factores socio-económicos como bajo nivel educativo, situación laboral y carencias económicas están estrechamente vinculados entre ellos. Empero, se destaca que estos a su vez están relacionados con la “atención deficiente del embarazo”. Esto último implica una atención poco sistemática e irregular, elementos que están directamente relacionados con la ocurrencia de muerte materna.

En atención a lo anterior, en el presente acápite se describen algunos aspectos relativos a las condiciones sociales, educativas laborales y

económicas de mujeres fallecidas por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.

2 Red semántica: factores relacionados a las muertes maternas en el ámbito comunitario



Fuente: Elaboración propia a partir de los relatos de los familiares y allegados de las mujeres fallecidas.

4.1. Situación laboral

En *Metamorfosis de la cuestión social*, Robert Castel (1997: 15) señala que existe una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que “cubren” a un individuo ante los riesgos de la existencia. Precisamente, en los casos estudiados, las mujeres fallecidas durante el proceso de embarazo, parto y puerperio se encontraban en una dinámica laboral precaria, desvinculadas de todo sistema de protección social, sin poder acceder a los beneficios de estar afiliadas al sistema de seguridad social y de garantías laborales. La precariedad del empleo constituye, pues, un rasgo distintivo de la vulnerabilidad a la que están expuestos los trabajadores (Pizarro, 2001).

A rasgos generales, las mujeres fallecidas –al menos los casos conocidos en este estudio– pueden ubicarse en dos categorías, ambas

socialmente vulnerables, en las que se conjuga la precariedad del trabajo (Castel, 1997).

- a) Desempleadas, dedicadas de forma exclusiva a los quehaceres domésticos y al cuidado de los hijos; dependientes, en mayor medida, de los ingresos que el marido aporta. Las condiciones sociales y económicas que afectan a la mayor parte de la población femenina se caracterizan por la persistencia de la subordinación, la inferioridad económica, educativa, legal, política y familiar de las mujeres (Cordero Rizo & González Guillermo, 2011).

—*Se dedicaba a sus niñas porque tenía cuatro o cinco niños, el más viejo tenía trece años... Ella quería trabajar y yo le decía: Pero tú no vas a trabajar, porque dime tú, ¿y quién va a cuidar a esos niños?* (YM)

- b) Las mujeres que, además de cumplir con los quehaceres domésticos, están insertas en una dinámica laboral informal; las que viven en condiciones de pobreza, que deben combinar el trabajo doméstico con múltiples actividades de generación de ingresos para asegurar la sobrevivencia de la familia, posponiendo sus propias necesidades de prevención, promoción y atención a su salud integral (Torres & Sequeira, 2003).

—*Se pasaba su día caminando, mercado arriba y mercado abajo, cargando sus cubetas de comida, ofreciendo su mercancía a los marchantes y/o vendedores de viandas... Trabajando, trabajando, una persona incansable, no se cansaba. Trabajaba en el mercado, cuando llegaba a la casa seguía trabajando* (YP).

La dinámica de participación de las mujeres fallecidas en el mercado laboral respondía, entre otros elementos, a una estrategia de sobrevivencia diaria. Las actividades productivas que realizaban apenas les garantizaban el sustento un día a la vez: “El día que no trabaja no come”.

Esta situación laboral precaria está vinculada, entre otros factores, a uno social que es de nuestro interés destacar: “la educación”, ya que,

cuanto menos capacitadas estén las trabajadoras, mayor es la posibilidad de que su trabajo sea precario.

4.2. Situación educativa: embarazo en la adolescencia y muerte materna

La mortalidad materna se vincula con la insuficiente educación recibida por la población femenina. Varios estudios realizados en países en desarrollo demostraron la asociación entre los logros educativos de la población femenina y la ocurrencia de muertes maternas (Ramos Silvina, 1982; ENDESA 1996, 2002; Karam Calderon, Bustamante Montes, Campuzano González & Camarena Pliego, 2007; ENDESA, 2007; Cordero Rizo & González Guillermo, 2011; Koch y otros, 2012). En ellos se sugirió que el incremento en el nivel educativo de las mujeres y el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos influye en otros aspectos relacionados con la salud materna y reproductiva tales como el comportamiento reproductivo, el retraso del matrimonio y la maternidad, el tamaño del núcleo familiar, el uso de anticonceptivos, etc.

De los relatos y testimonios de los familiares y/o allegados de las fallecidas se obtuvo que en términos de escolaridad, todas abandonaron el proceso educativo formal en algún grado de la educación intermedia o bachillerato.

Al parecer, esta deserción escolar pudiera estar asociada con el momento en que decidieron iniciar su vida de pareja. Según los relatos de familiares y/o allegados de los casos estudiados, las mujeres fallecidas decidieron casarse y tener hijos en edades entre los 15 y 24 años. Después de ese evento no retornaron a la escuela.

En este sentido, el *Informe sobre República Dominicana para el examen periódico universal: mortalidad materna y aborto en la República Dominicana*, presentado por Pro-Familia en junio de 2013, señala en su punto núm. 6:

La tasa de mortalidad materna tiene una importante vinculación con la maternidad adolescente. República Dominicana se encuentra entre los

cinco países con más altas tasas de embarazo adolescente de América Latina, y esta es la segunda causa de deserción escolar de niñas. Esto se debe a la falta de disponibilidad y calidad de servicios de salud sexual y reproductiva –en particular aquellos dirigidos a adolescentes–, al difícil acceso de las y los jóvenes a métodos anticonceptivos e información sobre anticoncepción; todo ello sumado a la falta de educación sexual escolar.

A partir de un embarazo en el período de la adolescencia, el proyecto de vida de estas mujeres se vio limitado y concentrado, en primer lugar, a la atención al marido, la procreación y crianza de los hijos y, en segundo lugar, a “procurar insertarse en una dinámica laboral precaria”.

4.3. Situación económica y servicios de salud

—*El que no tiene un par de pesos, bien rendidos, para ir a una clínica, es mejor que se quede en su casa y se los vaya comiendo hasta que se le achique el chin de vida que le queda (JP).*

Producto de la situación laboral y educativa, la población en estudio se encontraba en una condición de vulnerabilidad social muy acentuada que le impedía disponer de los medios económicos suficientes para asegurar el acceso de manera oportuna y de calidad a servicios de salud.

De acuerdo con la experiencia de los familiares y/o allegados de mujeres fallecidas, el factor económico es indispensable al momento de procurar algún servicio de salud. Para ellos, quien no cuenta con una afiliación a un seguro de salud o, en su defecto, con suficientes recursos económicos para cubrir los gastos en medicamentos, internamiento y honorarios de los médicos, no podría contar con atención médica.

—*Bueno como le digo, yo... Mi hija, cuando yo la llevé que ella comenzó con su gravedad, que esta niña la llevó la primera vez, bueno en ese instante ellos no la atendieron, no nos atendieron... porque no teníamos el dinero (MG).*

Los testimonios recogidos muestran cómo el acceso a los servicios de salud, aun durante una emergencia obstétrica, está condicionado a la capacidad de pago de los usuarios, sea este pago realizado de manera

directa por los demandantes (en efectivo) o a través de alguna administradora de riesgos de salud (ARS).

Otras de las experiencias compartidas están relacionadas con las deficiencias de los hospitales en términos de recursos materiales que los usuarios deben asumir. Estas carencias van desde material médico gaseable y medicamentos hasta el combustible de las ambulancias.

—*El hospital de aquí me puso mucha atención. Buscó una ambulancia. Nada más tuvimos que buscarle el combustible (...) La ambulancia de aquí, si uno no tiene RD\$1,500 pesos, no saca a uno. Y esos hay que dárselos de una vez, eso no es que cuando uno venga... Hay que darlos de una vez. Es de una vez esos RD\$1,500 pesos (YE).*

4.4. Muertes maternas: recursos asociativos

Ningún hombre es una isla en sí mismo, cada hombre es parte del todo... la muerte (y la pobreza) de cualquier hombre me afecta, porque soy parte de la humanidad; por eso, nunca preguntes por quién doblan las campanas; lo hacen por ti (John Donne, poeta inglés, 1573-1631; citado en Robinson, Siles & Schmind, 2003).

Al hacer referencia a recursos asociativos damos cuenta de las relaciones de confianza, reciprocidad y cooperación existentes en un grupo humano (Atria, 2003). En un contexto de precariedad, los recursos asociativos operan como mecanismos mediante los cuales los individuos atenúan el embate de las carencias socio-económicas. En este sentido, frente a la precariedad laboral, las limitaciones educativas y la carencia de recursos económicos de las mujeres fallecidas y sus familiares –en todos los casos analizados, al momento de presentarse las complicaciones obstétricas– se articularon redes de tipo primario caracterizadas por relaciones de extrema cercanía, afecto y parentesco, como la familia, vecinos y otras relaciones comunitarias de vínculos muy cercanos (Galovanevsky, 2005).

Los miembros de las comunidades, vecinos y/o allegados cooperaron de manera voluntaria, tanto en términos económicos como logísticos, a los fines de evitar la muerte de alguna mujer miembro de la comunidad.

—*Me brindaron mucho apoyo, me acompañaron en el dolor, me dieron ayuda, de lo que necesitaba, de todo, sí; no puedo quejarme de mis vecinos, porque ella era una niña muy querida en el barrio. Todo el mundo sintió la muerte de esa niña, mire que va tener cinco meses ahora el día trece y todavía todo el mundo la siente, sí (MG).*

—*Bueno, un tío de mi esposo lo ayudó mucho, los vecinos, sus familiares. La familia de mi esposo es muy unida en lo que a uno le pase... (MM).*

5. FACTORES DE RIESGO DE MUERTES MATERNAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

El hospital es el lugar donde se ejercen las prácticas médicas a través de los servicios y atención de salud que se ofrece a la población. Allí se da un conjunto de relaciones e interrelaciones entre el personal de salud y los usuarios o pacientes que asisten en busca de atención médica.

En el Gráfico No. 3 se muestran los conceptos que identifican los factores relacionados con la muerte materna, los cuales fueron aprehendidos de la experiencia de los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas y el personal médico, captados a través de sus relatos y/o testimonios relacionados con lo vivido en el ámbito hospitalario.

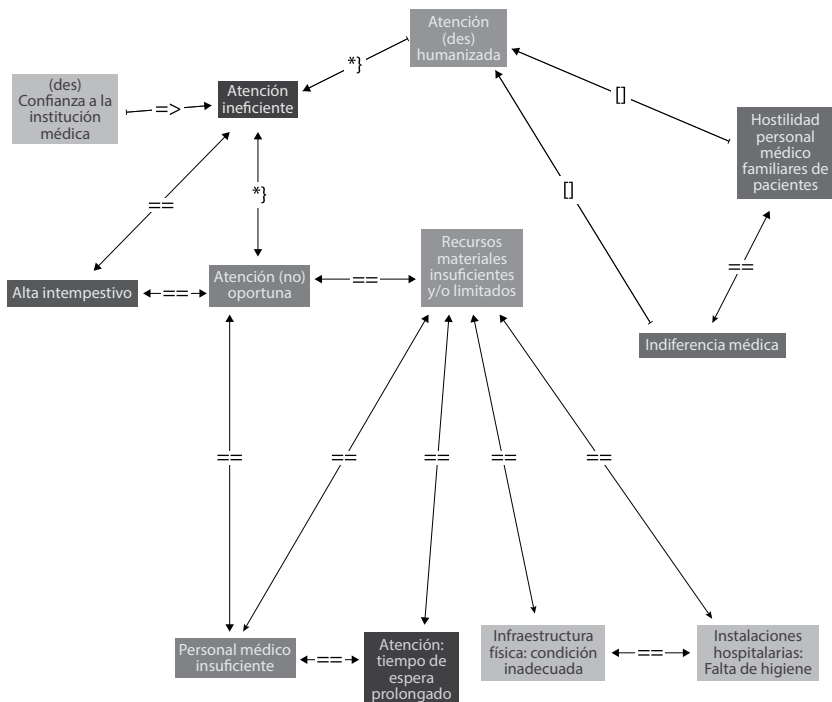
5.1. Las condiciones de los hospitales públicos

La Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el Hospital Luis E. Aybar (Morgan), la Maternidad San Lorenzo de Los Mina y el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia (Higüey) fueron objeto de observación por parte del equipo de investigación.

(..) al subir al tercer piso conocí a dos mujeres que habían dado a luz. En el cuarto había tres camitas estrechas donde duermen los bebés junto a sus madres desde el día en que nacen, a menos que deban estar en una incubadora (Diario de campo: J.M).

3

Red semántica: factores relacionados a las muertes maternas en el ámbito hospitalario



Fuente: elaboración propia a partir de los relatos de los familiares y allegados de las mujeres fallecidas.

Los hospitales públicos muestran una alta deficiencia de insumos, medicamentos, equipos, instrumentos médicos y servicios de laboratorios; en consecuencia, los parientes (familiares y/o allegados) se convierten en los suplidores de todo lo necesario para el cuidado y la atención médica de las embarazadas y parturientas durante una complicación obstétrica.

Según los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas, el oxígeno y la sangre son los insumos más escasos y, por ende, más demandados durante una complicación obstétrica. En todos los casos estudiados, los familiares tuvieron que asumir tales costos.

—Ahí en el hospital, le digo, solo me mandaron para el laboratorio. No hacían nada ahí, era todo afuera. Todo lo que tenía que hacer era afuera y

salir a comprar medicamento [y] un sin número de cosa. Desde el Morgan había que ir a [la] Sabana Larga, no había ni transporte ni nada, a hacerse esos análisis; después volver a la Cruz Roja a buscar la sangre y a volverla a traer a la maternidad en el Morgan (DC).

—Yo sé que se pagaban setecientos pesos de oxígeno diario. Porque nosotros tuvimos que pagar menos porque había una muchacha que es tía de él [del exyerno]. Entonces ella disque llamó allá y cubrían diario dizque 5,000 pesos diario, que era para medicamento para ella. Que nosotros no teníamos que comprarlo, eso porque ya estaba ahí por vía de la muchacha que es familia de él. Pero las otras mujeres que estaban ahí con paciente decían que había que gastar mucho dinero, que ahí veía familiares de los pacientes que estaban ahí, le daban cada rato la receta para que fueran a comprarla y nosotros mismo teníamos que ir a otro sitio a comprar todo lo que iban a poner, todo (MV).

Los relatos de los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas permiten apreciar que las condiciones deplorables y la falta de insumos para la atención médica constituyen un factor de riesgo de la mortalidad materna.

Durante un proceso de complicación obstétrica, la oportuna intervención médica es crucial; sin embargo, tal intervención implica el oportuno diagnóstico y evaluación, así como el suministro a tiempo de los medicamentos requeridos.

En atención a lo anterior, al carecer el hospital de los insumos necesarios para la adecuada atención, el tiempo que demoran los familiares y/o allegados en conseguir lo necesario es tiempo que demora la atención. En este sentido, esta situación constituye un factor de alto riesgo.

5.2. Las condiciones del personal de salud

Los hospitales enfrentan escasez de personal de salud, que se queja por el salario que percibe, situación que lo empuja al pluriempleo.

—Yo soy médico y yo he trabajado en hospitales públicos, y yo soy un médico de fuego, un hombre de guerra. A uno como médico le dan 30 pacientes, ya cuando usted está de los 20 en adelante usted va tirando errores

de copia. Eso es parte del sistema de este país, el gran número de pacientes también. Porque un médico no debe tener más de 20 pacientes en una mañana (Dr. SS).

La sobrecarga de pacientes genera situaciones de tensión y estrés al personal de salud en sentido general en el intento de satisfacer las necesidades de atención que demanda una población pobre, sobre todo las mujeres.

—Yo fui a un hospital hoy por ahí (...), ¿cuántos pacientes tuve que atender? 40 pacientes y no la dejé ir. ¿Tú sabes por qué no la dejé de ver? Porque vi que todas eran mujeres pobres y necesitaban de mí, ninguna la deje. 40 pacientes hoy, yo entré a las 8:00 de la mañana y tenía que salir a la 1:00 p.m. más tardar. ¿Y tú sabes a qué hora yo salí de ahí? A las 4:00 de la tarde. Cuando a usted le dan esa pela, mi hermano, cuando a usted le dan tantos pacientes, es mucho para un solo médico. Entonces, hay que ajustar más el número de pacientes a igual número de médicos (Dra. MS).

—Por ejemplo, pasa que hoy solamente hay 40 tickets, pero ¿qué pasa?, que nada más va un solo médico; ahora, ¿por qué hay un solo médico? ¡Oh, porque el otro que le tocaba amaneció de servicio! Se ve que [hay] una falla del personal médico y así funcionan la mayoría de los hospitales, a veces con pocos médicos en áreas clínicas (Dr. SS).

Los parientes de las mujeres fallecidas notaban que los residentes y pasantes eran quienes las atendían; dan cuenta de la falta de acompañamiento y seguimiento de parte de médicos experimentados y se quejan de que los “residentes no tienen experiencia suficiente para tratar los casos de alta complejidad médica”.

—El hospital lleno de muchachos jóvenes, hay caso que ellos pueden atender pero hay caso que necesitan personas con experiencia. Usted no encuentra un médico de experiencia al lado. Ahí ellos se miran uno con otro (DC).

—Los médicos pasantes a veces ayudan, pero ayudan muy poco. El médico pasante no depende de circunstancia, el médico pasante lo hacen médico ahí cogiendo pela, porque es gran cúmulo de pacientes que van. Me van a decir a mí que las autoridades del país no saben cómo están esos

hospitales, que le hace falta personal médico. Hay médicos graduados que pueden ocupar esos puestos para dar una mejor calidad de atención a la familia (Dr. SS).

5.3. La atención en los hospitales públicos

Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto de discriminación, desvaloración y violencia (Canevari Bledel, 2011).

La invisibilización y neutralización del paciente y los parientes o allegados en los hospitales se convierte en un factor de exclusión, de violencia institucionalizada, donde las relaciones jerarquizadas dificultan la cooperación y la integración necesarias de los parientes y/o allegados para que el proceso de atención pueda ser suficientemente eficaz y humano. De esta manera, las relaciones operan guiadas por el mecanismo de dominador-dominado.

Las narraciones de los familiares y personas cercanas a las mujeres fallecidas dan cuenta del tipo de atención que recibió su pariente. De acuerdo con tales narraciones, esta atención oscila entre inadecuada, inoportuna, ineficiente, deshumanizada; se vieron casos de demora en la atención, diagnósticos y evaluaciones no adecuadas, mal trato a pacientes y parientes.

Sin embargo, no en todos los casos la atención es igual. Todo parece indicar que la prestación de servicios de salud con calidad y calidez está asociada a criterios conductuales, formativos y humanísticos del médico: una sólida formación académica, con elevado espíritu humanista y dotada de una gran vocación de servicio podría garantizar mejores atenciones.

—En el hospital aparecen médicos que son muy serviciales, pero también aparecen otros que ignoran el otro y no es así. Porque considero que si usted va grave a un hospital es porque usted no tiene dinero para ir a una clínica (MLG).

—Si usted está en un hospital o va a un hospital se da cuenta que probablemente hay un médico que le habla mal a los pacientes, el paciente no

vuelve donde él; nada más pregunta qué día está fulano. Pero qué pasa si esa paciente por no acudir ese día de su cita porque quien estaba es un fulano X, y le tocaba ir porque se sentía mal o algún trastorno y no fue, eso puede traer un desencadenamiento falta de ese embarazo (Dr. SS).

Por otro lado, la insuficiencia de personal médico está vinculada a la calidad y calidez de los servicios de salud y se refleja en la relación médico-paciente. La afluencia de individuos, entre estos las mujeres embarazadas, que acuden a los hospitales en busca de atención médica es creciente y permanente y en muchos de los casos sobrepasa la capacidad de los hospitales en términos de recursos materiales y personal médico.

—(...) pero fue ya al tiempo que el doctor estaba haciendo una cesárea. Después salió de esa cesárea, y ella ahí. Yo le dije a la enfermera que la atendiera, que ella ya botó lo que iba a botar, y le dio otro dolor fuerte y la enfermera le dijo “vuelva y puje”. Entonces después se llevaron a otra que estaba de cesárea, y ella ahí todavía. Oh, pero es que dura, como duró ella tanto tiempo en una cama grito y grito sin un calmante y sin nada. Cuando llegaron los médicos ya ella había abortado en la cama. Entonces procedieron a hacerle la limpieza, le decían “abre las patas”. Ella le decía: “Doctor, que me duele”, no abre las patas. ¡Le estaban haciendo el legrado en la misma cama a sangre fría y sin ná! (YE).

Los testimonios recabados también informan del largo tiempo que deben esperar para recibir atención, lo que provoca un sentimiento de rechazo hacia la institución hospitalaria.

—No quiera saber, la gente comienza a llegar al hospital desde la madrugada y los médicos llegan seis y doce horas después. Todavía llegan y tú los ves hablando y haciendo cherca de lo que hicieron la noche anterior y la gente esperando (conversación con madre de paciente).

—En los hospitales públicos una mujer embarazada es fácilmente un animal porque yo lo he visto como mis ojos. Te paran hacer una fila desde aquí ha no se sabe dónde, no se sabe cuántas horas, es algo horrible. He visto con mis ojos que maltratan a mujeres embarazadas, le dan nalgadas, la apean de la cama, le dicen cosas que ninguna se merece. Porque cuando una está en ese estado, una se pone como ñoña, sensible (JP).

5.4. Los referimientos médicos

Los relatos ofrecen información sobre situaciones en torno a los referimientos, que pueden ser identificadas como demoras y/o barreras que dificultan la atención oportuna y de calidad de las mujeres en proceso de embarazo y parto al momento de presentar alguna complicación obstétrica. Esto así, ya que en los casos de muertes maternas seleccionados para este estudio los referimientos se realizaron cuando la complicación se había salido de control y/o trascendía la capacidad de los hospitales.

—*Los médicos estaban esperando y esperando, cuando por fin sale el doctor (...) estaba parece que en cirugía. Cuando dice “no, este caso de ella no es de aquí. Vete allá abajo [manda al esposo] háblate con el de la ambulancia, hay que llevarla...”* (DC).

—*La noche que ella convulsionó, esa noche le dio una fiebre que la tenía como en 40°, pasé esa noche poniéndole paños, toalla húmeda para hacerle bajar la fiebre. Incluso una doctora me dijo: “Muévase, esa niña debieron llevársela, el doctor (...) debería mandarla antes a Santo Domingo, que allá le dan las mejores atenciones”. En eso ella cayó en un estado de coma y ahí el doctor (...) entonces llamó para trasladarla a Santo Domingo* (LMG).

Los referimientos sacan a flote la violación al principio de la vida, la violación a la ética profesional médica, la mala práctica médica, circunstancias que operan como generadoras de muertes maternas. De acuerdo con el protocolo, el referimiento médico es un instrumento a ser aplicado luego de evaluar adecuadamente y/o estabilizar la situación de salud de la paciente.

6. MUERTE MATERNA: EL DRAMA FAMILIAR

6.1. La angustia de la desinformación

Las reglas hospitalarias prohíben a los parientes y allegados ingresar al área o unidad médica donde su familiar recibe atención médica y en muchos casos, estas personas desconocen la zona del centro de salud donde está hospitalizado su pariente. En muchos otros, los médicos tratantes no tienen ni referencia de los familiares o allegados de la paciente.

—Eso tiene los hospitales, que el paciente no tiene contacto con su gente. En los hospitales el paciente te lo quitan en la puerta y ya, tu pa' fuera y él pa' dentro, y ya. Nadie sabe nada, a mi hermana la entraron antes de la tres de la tarde y nosotros vinimos a ver a mi hermana muerta, muerta el sábado en la tarde la volvimos a ver muerta (JP).

Algunos hospitales han establecido una línea de comunicación entre médicos y parientes por medio de las denominadas “mensajeras”: son quienes ofrecen a los familiares información sobre el estado de su paciente. En otros casos, transmiten los requerimientos médicos para buscar sangre, realizar análisis o comprar medicamentos.

Sin embargo, dado el cúmulo de demandas y las precariedades de los casos, las mensajeras no dan abasto para satisfacer las necesidades de información de los familiares; tampoco están disponibles en todo momento. En consecuencia, los parientes y allegados recurren a “mojarle la mano” al portero o a algún miembro de la seguridad del hospital para que los dejen pasar al área donde están atendiendo a su familiar en busca de algún tipo de información. En el proceso de observación pudimos comprobar que esta práctica es recurrente en los hospitales.

—El esposo de YP llegó allá [hospital] y dice: “Y RP, ¿dónde está?”. Le dicen: “Ahí adentro está”. ¿Y ustedes la vieron? “No, nosotras no la hemos visto”. Entonces ustedes están buscando sangre y dando carrera ¡y ustedes no saben para qué es ni nada!... ¿Ustedes la quieren ver? Entonces la hija mía más chiquita le dijo: “Sí, yo la quiero ver”. “No te apures, tú la va a ver”. Fue y le pagó a uno, no sé si fue al portero o a quien. Le dio algo de dinero y ese la llevo caminado todo y no la encontraban en parte, en parte la encontraban. Cuando la encontraron estaba en intensivo y ahí salió una doctora que le dijo: “Pídanle mucho a Dios, es el único que la puede salvar”. Pero oiga cómo fue que se la dejaron ver, solamente Dios es el único que la puede salvar, pero ya estaba en intensivo (LP).

La ineficacia de la comunicación entre los médicos, mensajeras y familiares sumada a la imposibilidad de ver y estar con sus parientes, genera un estado de angustia, desesperación, ansiedad, incertidumbre e impotencia a los parientes y allegados. Aun cuando estos preguntan a los médicos sobre el estado de salud de la paciente, no reciben

informaciones precisas sobre los procedimientos médicos practicados dentro del tratamiento de la paciente o sobre su evolución.

—Entonces, a SP la entraron y nosotros tiempo, tiempo, tiempo, esperando y preguntándole a todo el mundo y nadie sabe nada, nadie dice nada, ya mi hermana estaba desesperada (YP).

Ese estado de angustia y desesperación empuja a los parientes y allegados a desplegar acciones para romper con el aislamiento, el distanciamiento y la desinformación que les son impuestos. En ese sentido, buscan por todos los medios romper las normas, reglas y prácticas establecidas en los hospitales.

—No se sabe lo que hacían porque no la dejaban ver, le decían que la dejaran subir a verla y le decían que no (JP).

—Cuando yo entré la primera vez yo tuve que entrar porque ella me llamó y yo la oía, y yo no me quitaba, me quitaban y yo volvía otra vez (YE).

Esta falta de información constituye un gran obstáculo en el proceso de atención de las pacientes y se constituye en una violación a los derechos de los pacientes y familiares a saber en todo momento sobre el estado de salud de su pariente.

—Debe hacerse, eso es falta de responsabilidad y humanidad de algunos colegas, lamentablemente. Eso es falta de responsabilidad porque el médico sabe que le debe informar a los familiares, eso lo hace por negligencia... Hay que informarle al familiar. Ese familiar tiene horas esperando que le den una noticia. La gente buena en realidad, espera mucho, es lo más noble que hay, pero sí es obligatorio. Hágase de cuenta que es alguno de nosotros, como uno se siente, derrotado, desencantado, arrepentido. Porque lo que habría que implementar que el médico que no informe al pariente o al familiar sobre lo ocurrido ya sea en bien o en mal, eso conlleva a una sanción. Eso es una buena medida (Dr. SS).

6.2. Entre el duelo y el recuerdo

Desde que la familia se ve afectada por la complicación de salud de su pariente embarazada, comienza a generarse en su interior la “unidad de apoyo solidario”. Esa manifestación se amplía en la medida en que

los demás parientes se van preocupando e integrando. Así se crea una sinergia hacia fuera del seno familiar. De ese modo, tíos, primos, vecinos y amigos se integran a los fines de realizar todos los esfuerzos necesarios para la recuperación de la salud de su pariente. Incluso, aquellos que por distintas razones pudieran estar distantes se acercan para decir presente y cooperar en todo lo que sea posible.

En su conjunto, configuran una red que canaliza su apoyo en lo económico, presencial, moral, de gestión y acción. Además, algunos contribuyen con el cuidado de los niños, con el trabajo doméstico de la casa de la paciente y de la familia. Ese apoyo se manifiesta de manera constante durante la etapa de la crisis. Sin embargo, comienza a fracturarse a partir del desenlace trágico del fallecimiento y se mantiene, lamentablemente, hasta pocos días después de finalizados los ritos funerarios tradicionales de la cultura popular.

La pérdida, las circunstancias y contingencias que se van generando dentro de la familia que pierde a su pariente por muerte materna producen un profundo dolor y traumas psicológicos de incalculables consecuencias en sus miembros. Recordar los acontecimientos provoca que la memoria de la fallecida se convierta en un recuerdo traumático para la familia. Se constituye, entonces, una especie de resistencia que evita o intenta bloquear hablar de los eventos que dieron como consecuencia la pérdida de su ser querido.

En el trabajo de campo pudimos comprobar de manera directa este significativo hecho. En varias ocasiones nos vimos precisados a detener la grabación porque el entrevistado estallaba en llanto. Fueron muchas las veces que pudimos observar los rostros y caras compungidas, el bajo tono de voz al hablar, la resistencia a ofrecer su experiencia, alegando que “ya no quieren hablar del caso”. Ese estado emocional y psicológico se manifiesta de manera inmediata desde el momento que surgen los recuerdos de la experiencia negativa de haber perdido a su pariente.

—¡Oye! Ni siquiera imaginar, es difícil. Una, porque nosotros nunca en la vida habíamos perdido a alguien cercano. No sabíamos ni siquiera lo que era eso. Fue muy difícil perderla para nosotros, estábamos casi locas,

pero Dios nos dio fuerza porque nosotras no tenemos varón en casa para hacer nuestras diligencias. Nos paramos e hicimos todo lo que había que hacer (MV).

El significado de los recuerdos de los acontecimientos que rodearon el fallecimiento de su pariente le impidió tanto a MV como a EG continuar con el relato, que emocionalmente afectó a todos los presentes en la entrevista. Realmente los parientes atraviesan una situación difícil, son solo ellos quienes conocen lo que significa la pérdida a partir de su propia experiencia vivida y sentida.

Evidentemente, recordar los tristes momentos en que perdió la vida su ser querido y las circunstancias que la desencadenaron, no solo resulta doloroso sino que además encierra un estado emocional y psicológico de amplia dimensión. Doña Cristina Laureano (fallecida) lo ponía de manifiesto a sus 76 años y a 67 del fallecimiento de su madre en un parto, cuando ella apenas contaba con nueve años de edad. En su testimonio, refleja el vacío emocional que la había marcado para el resto de su vida al no conocer el cariño de madre, que mucha falta le hizo, a pesar de que sus abuelos, tías y tíos le brindaron toda la atención y cuidado. Los niños también experimentan ese vacío emocional.

Ese sentimiento de vacío emocional que manifestó doña Cristina contiene y concentra la esencia del drama familiar que genera una muerte materna para la familia y cada uno de sus miembros.

—(...) Porque en ese mismo trayecto YP ni siquiera sabía que estaba embarazada. A ella la han tenido que llevar hasta psicólogo. Ella dio a luz el primero en el Morgan, pero ahora ni el médico que la atiende no quiere que ella vaya al Morgan porque dice que todo está bien, pero que ella puede recordar eso que pasó y se puede complicar (LP, Capotillo).

La muerte de una madre durante el embarazo o el parto es una tragedia humana personal, familiar y social y las probabilidades de supervivencia del recién nacido –y también de los otros niños– se reducen considerablemente con la defunción de la madre.

La pérdida de la madre provoca que los padres o las abuelas sean quienes se responsabilicen del cuidado y crianza del recién nacido, en caso de que haya sobrevivido. Generalmente, son las abuelas maternas

quienes asumen esta responsabilidad. Cuando esto ocurre, se crea una especie de sobrepeso socioeconómico en el entorno familiar, pues los padres de los infantes solo proveen apoyo económico para la manutención de los niños; las demás cargas descansan sobre las abuelas y los demás miembros del hogar materno.

—*Los niños ahora están en Barahona con la abuela, incluso, la niña más pequeña está interna porque le hace falta su mamá (YE).*

—*Entonces, mami se quedó con uno que no era del matrimonio, el más grande que no era hijo del matrimonio, el padre de él ayuda a mami (YP).*

Estos relatos no son suficientes para reflejar la carga socioeconómica y afectiva que asume el hogar materno para sobrellevar la crianza y educación de los niños dejados por la madre fallecida. De igual modo, en algunos casos la muerte materna genera rotura y distanciamiento de las relaciones entre los familiares de la fallecida. Esta situación se puede producir por diferencia por el cuidado del recién nacido y los otros hijos.

—*Los niños estaban arriba de la casa de mami [donde vivía RP], al niño lo dejaron abajo por dos días, él dijo que JP se quería coger el niño y que ese niño era de él. A él se le metió en la cabeza que nosotros se lo queríamos quitar, pero nosotros nunca pensamos eso. Ya el esposo se fue, ya no están con nosotros [los niños]. Supuestamente él a nosotros nos quiere, que esto y que lo otro. Cuando yo lo jalé a hablar, él me comentó a mí que para donde quiera que él fuera él iba a traernos los niños, pero no lo hace así (YP).*

La muerte materna marca la vida de todos los miembros de la familia. Esa marca prosigue aun cuando se busquen formas y alternativas para rehacer sus vidas. El viudo no escapa a esta realidad, pues cuando forma un nuevo hogar arrastra los sentimientos de la pérdida de la mujer fallecida.

—*Para mí ha sido lo más fuerte que yo he tenido, es el tiempo [4 años] que todavía no me he recuperado cien por ciento de eso. Porque uno nunca se recupera, porque siempre esta es ahí presente. Pero no hay forma de que uno no diga “hoy me voy a sentir mejor”, dependiendo de la muerte de ella. Yo rehíce mi vida otra vez, tengo una nueva mujer, pero no, eso está ahí como quiera. Los sentimientos están ahí igualitos, como estaban el mismo día (JM).*

En el mismo momento en que surge la complicación médica comienza a configurarse una variedad de cuadros emocionales motivados por las diferentes situaciones y acontecimientos que se van dando de manera recurrente en el hospital. Igualmente, las diversas formas que manifiestan implícita y explícitamente las prácticas médicas dentro de los recintos hospitalarios provocan que esos sentimientos alcancen su nivel más alto cuando los familiares reciben la noticia del fallecimiento de su pariente.

Los recuerdos de la mujer madre, hija, esposa, hermana, amiga, pasan a estar en permanente tensión al recordar su vida y los lamentables sucesos que desencadenaron su trágico fallecimiento. Sus recuerdos, su memoria, se hacen dolorosos y traumáticos para sus parientes y allegados. Esta situación, como hemos visto, tiene un componente psicológico y otro social degenerativo del conjunto de frustraciones que experimentan los parientes y que al extenderse al plano familiar más amplio adquiere un carácter social de incalculables consecuencias.

7. CONCLUSIONES

Los factores de riesgos que conllevan a la muerte materna adquieren múltiples y variadas formas de acuerdo con las condiciones de vulnerabilidad social de cada mujer. Sin embargo, a partir de cada uno de los incidentes, circunstancias y situaciones que de forma particular vivieron y/o experimentaron los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas se pudo aprehender un conjunto de rasgos que caracterizaron la vida de estas mujeres, el desarrollo del embarazo y su deceso, a saber:

1. La situación socio-económica en la cual estaban inmersas estas mujeres y sus familiares fue precaria, caracterizada por bajos s educativos (poca preparación técnico profesional), deserción escolar y embarazos a edades tempranas (adolescencia).
2. El bajo nivel educativo y la poca preparación técnica y profesional influyó de manera negativa en la posibilidad de insertarse en una dinámica laboral que le permitiera acceder a las

ventajas de estar afiliado al sistema de protección social (seguro médico, seguro laboral, vacaciones pre y pos parto, bono de lactancia, etc.). En este sentido, estas mujeres vivieron el día a día. Los recursos económicos que percibían de las actividades productivas que realizaban no les permitían suplir, de manera adecuada, las necesidades que en términos de alimentación y reposo son requeridos durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

3. La carencia que en términos de recursos humanos, suministros y materiales presentaron los hospitales públicos confluyeron en la “atención deficiente del embarazo”. Esto implicó que el seguimiento y el control prenatal fuese poco sistemático e irregular, lo que impidió la detección, de manera oportuna, de situaciones adversas a la salud materna de estas mujeres.
4. La atención deficiente del embarazo está vinculada a conceptos que dan cuenta de situaciones de tipo psicosocial e institucionales que en su conjunto se constituyen en factores de riesgos.

Del análisis de los testimonios y relatos sobre esta experiencia en el ámbito hospitalario emergieron dos conceptos centrales: (1) atención no oportuna y (2) atención deshumanizada. Por un lado, “la atención no oportuna” está vinculada a un conjunto de deficiencias de tipo institucional y logístico. Los familiares y allegados a las mujeres fallecidas experimentaron situaciones de retraso en la atención producto de la falta de personal médico debidamente calificado para dar respuesta a las diversas urgencias, la no disponibilidad de suministros e insumos médicos, instalaciones físicas deterioradas y falta de mobiliario.

Por otro lado, “la atención deshumanizada” hace referencia a un conjunto de situaciones en torno a la interacción personal médico-paciente-parientes que los familiares y/o allegados de las mujeres fallecidas experimentaron como tensas, hostiles e indiferentes.

Los relatos permitieron captar que esta deshumanización podría ser entendida como la aptitud que debe asumir el personal médico ante un sistema que presenta carencias de recursos humanos y materiales y una

creciente demanda de servicios de salud, que sobrecarga su capacidad física de dar respuesta a las diversas urgencias.

Lo anterior permite interpretar que la relación entre la atención deshumanizada-no oportuna y la precariedad con que operan los hospitales del país, en adición la situación de vulnerabilidad social de las mujeres, cierra el círculo de la mortalidad materna en República Dominicana.

Bibliografía

- Anderson, J.; Diez, A.; Dourojeanni, D.; Figueroa, B.; Jiménez, O.; Miní, E. & Vallenás, S. (1999). *Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales de Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Atria, R. (2003). "Capital social: concepto, dimensiones y estrategia para su desarrollo". En Atria, R. & Siles, M. *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma* (pp. 581-590). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago de Esteros: Barco Edita.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salario*. Buenos Aires: Paidós.
- Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES). (2006). *Mortalidad materna en la Argentina. Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud*. Buenos Aires: Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES).
- Centro de Estudio Sociales y Demográficos (CESDEM). (1997). *Encuesta Demográfica y de Salud 1996 (ENDESA-96)*. Santo Domingo: Programa de Encuesta Demográfica y de Salud (DHS).
- _____. (2002). *Encuesta Demográfica y de Salud 2002 (ENDESA-2002)*. Santo Domingo: Programa de Encuesta Demográfica y de Salud (DHS).
- _____. (2007). *Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007)*. Santo Domingo: Programa de Encuesta Demográfica y de Salud (DHS).
- Cordero Rizo, M. Z. & González Guillermo, J. (2011). "Factores socio-económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión". *Revista Ciencia Biomédica*, pp. 77-85.
- Elster, J. (2010). *Explicación del comportamiento social: más tuercas y tornillos para las ciencias sociales*. España: Gedisa Editorial.
- Galovanevsky, L. (2005). "Vulnerabilidad, capital social y redes sociales. Cuestiones teóricas y una aproximación empírica para Argentina en el siglo XXI". *Revista de Estudios Regionales*, pp. 119-160.
- García Domínguez, M. (2012). *Situación laboral de las mujeres en República Dominicana*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
- Gordo López, A. J. & Serrano Pascual, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Karam Calderon, M. A.; Bustamante Montes, P.; Campuzano González, M. & Camarena Pliego, A. (2007). "Aspectos sociales de la mortalidad

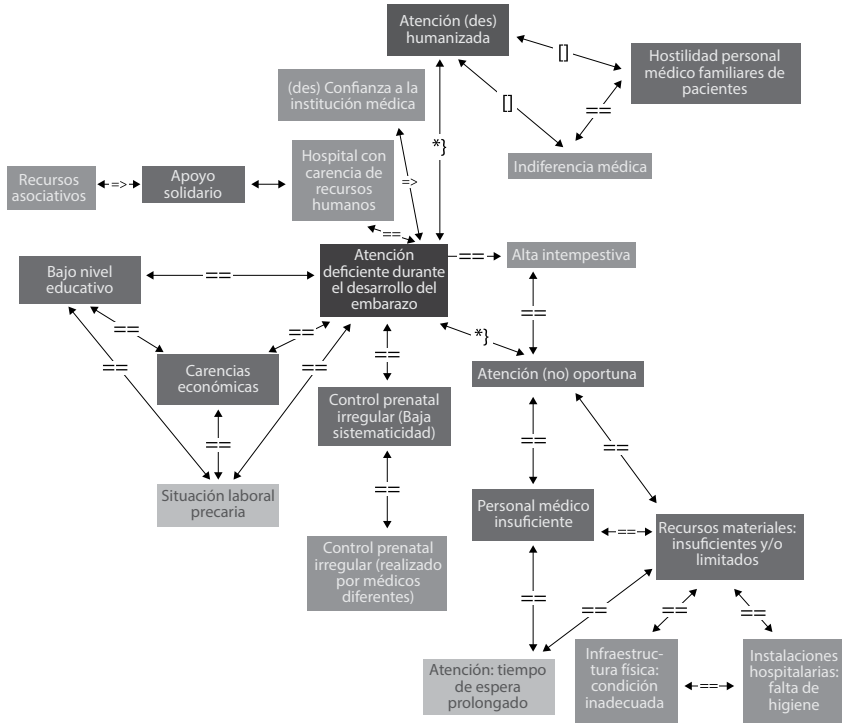
- materna. Estudio de casos en el Estado de México”. *Medicina Social*, pp. 205-211.
- Koch, E.; Thorp, J.; Gatica, S.; Romero, C.; Aguilera, H. & Ahlers, I. (2012). *Nivel de educación de la mujer, servicios de salud materna, legislación de aborto y mortalidad materna: un experimento natural en Chile desde 1957 a 2007*. Chile: Centro de Medicina Embrionaria y Salud Materna-Universidad de la Santísima Concepción.
- Konteh, R. (1990). “Socio economic and other variables affecting maternal mortality in Sierra Leona”. *Community Development Journal*, pp. 49-64.
- Maine, D.; Akalin, M.; Ward, V. & Kamara, A. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. Columbia: Universidad de Columbia.
- Mercado Martínez, F. J. & Torres López, T. (2000). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. (2010). *Objetivo de Desarrollo del Milenio*. Santo Domingo: Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Plan de reducción de la mortalidad materna en República Dominicana 2005-2008*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
- _____. (2012). *Plan de reducción de la mortalidad materna en República Dominicana 2012-2016*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
- Pérez Then, E.; Miric, M. & Vargas, T. (2012). *Embarazo en adolescentes en República Dominicana ¿una realidad en transición?* Santo Domingo: Profamilia.
- Pizarro, R. (2001). “La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina”. *CEPAL-Series: Estudios estadísticos y prospectivos*, 6.
- Ramos Silvina. (1982). *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Robinson, L.; Siles, M. & Schmind, A. (2003). “El capital social y la reducción de la pobreza: hacia un paradigma maduro”. En Artria, R. & Siles, M. *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma* (pp. 51-114). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rusque, A. M. (1999). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Caracas: FACES/UCV.
- Rut, V. (2009). “Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa”. En *Investigación cualitativa en ciencias sociales* (pp. 43-84). CENGAGE Learning.
- Stern, C. & Figueroa, J. G. (2001). *Sexualidad y salud reproductiva*. México: Colegio de México.

48 **Mujeres que en proceso de dar vida la pierden**
Estudio cualitativo de la mortalidad materna en República Dominicana

- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Szasz, I. & Lerner, S. (2002). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Torres, S. & Sequeira, S. (2003). *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*. Tegucigalpa: Instituto Nacional de la Mujer, INAM.

Anexos

Red semántica: factores relacionados a las muertes maternas en República Dominicana



Fuente: Elaboración propia a partir de los relatos de los familiares y allegados de las mujeres fallecidas.

LA MORTALIDAD MATERNA EN REPÚBLICA DOMINICANA: APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LA PROBLEMÁTICA

Guía de entrevista a familiares de la mujer fallecida

Actividades preliminares

- Consentimiento informado

Fase I. Introducción

- Presentación del entrevistador
- Explicación de los objetivos de la entrevista
- Pertinencia de la información que aportará
- Privacidad de la información

Fase II. Desarrollo de la entrevista/ tópicos de relevancia para el estudio

Antecedentes

- ¿A qué se dedicaba [la mujer fallecida]?
- Si trabajaba como empleada (doméstica, no doméstica, fabril, servicios), ¿en qué condiciones de tiempo trabajaba?, ¿tenía garantías de vacaciones, tiempo libre, licencia de embarazo?, ¿cómo reaccionó su empleador ante la situación de embarazo?, ¿perdió o conservó su empleo?
- ¿Dejó hijos? ¿Cuántos? ¿De qué edades?
- ¿Hasta qué curso/semestre estudió?
- ¿Cuántos compañeros afectivos tuvo?
- ¿Con quiénes vivía?
- Hábleme de [la mujer fallecida]. ¿Cuál era su condición de salud antes de estar embarazada?
- Cuénteme, ¿cuándo y cómo se entera usted que [la mujer fallecida] estaba embarazada?

Desarrollo del embarazo

- ¿Qué podría decirnos acerca del desarrollo del embarazo de [la mujer fallecida]?
- ¿Ingresó a tiempo al hospital para tratar el embarazo?
- ¿Tuvo complicaciones? Cuénteme un poco sobre eso.
- ¿Cuándo supo usted que ella se encontraba mal?
- ¿Qué hicieron ustedes sus familiares cuando ella estaba mal?
- ¿Recibieron algún tipo de ayuda especial por parte del personal del hospital o de la comunidad, de la familia, de la iglesia?

Servicios de salud

- Hábleme del acceso a los servicios de salud. ¿Tuvieron dificultades?
- Hábleme sobre la atención en salud que le fue brindada.
- ¿Cuál fue la actitud del personal médico con ustedes?
- ¿Qué opinión tiene usted del hospital [institución donde fue atendida]?
- ¿Qué opinión tiene sobre el trato recibido por la fallecida de parte del personal de salud del centro? ¿Fue cálido o fue frío? ¿Qué trato recibieron los familiares, entre ellos usted o ustedes mismos, por parte del personal?
- ¿Cómo y con qué frecuencia el personal les informaba sobre el estado de [la mujer fallecida]?

Luego del fallecimiento de la mujer

- ¿De qué le dijeron en el hospital [institución donde fue atendida] que se murió?
- En caso de que usted dude sobre la información dada por el personal del hospital sobre la causa de la muerte de la fallecida, ¿a qué causa le atribuye usted la muerte de [la mujer fallecida]?
- ¿Usted piensa que la muerte de [la mujer fallecida] se pudo haber evitado? ¿Cómo?

- ¿Con quiénes están viviendo los hijos de [la mujer fallecida]?
- ¿Cuál ha sido la situación emocional, económica y de relación con los demás miembros de la comunidad en el hogar después que [la mujer fallecida] murió?

**LA MORTALIDAD MATERNA EN REPÚBLICA DOMINICANA:
 APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LA PROBLEMÁTICA**

Guía de observación cualitativa

Ambiente		Aspecto	Descripción
1.	Comunidad	a. General	Detalles más prominentes / primera impresión / ambiente general. Presencia / tipo de mensajes alusivos a temas de salud materna, impresión sobre presencia de jóvenes, adultos y envejecientes, quiénes son más a simple vista.
		b. Salubridad	Acumulación de basura, cañadas / aguas residuales, plagas, polvo, ruido, escorrentías, prácticas observadas relevantes para la salud materna y comunitaria, la relación de la gente con estas características del entorno, por ejemplo, ¿viven cerca de la basura?, ¿consumen agua y alimentos con signos aparentes de contaminación?, ¿exponen los padres a los hijos e hijas a estos factores?
		c. Urbanización / edificaciones	Establecimientos / negocios / oficinas, centros asistenciales y de salud, organización / ubicación de viviendas, zonas verdes, calles, escuelas / riesgos de fenómenos ambientales.
		d. Vida comunitaria	Actividades de las personas, espacios de esparcimiento / recreación, actitudes e interacciones observadas, comentarios espontáneos, ¿cómo interactúan las personas en los espacios públicos? ¿Interactúan en ambientes ruidosos, hasta qué punto? ¿Qué hábitos muestran los jóvenes y las jóvenes en los espacios de recreación: fuman, bailan, beben, interactúan en grupos? ¿Hay iglesias? ¿Qué denominaciones de iglesias? ¿Hay boticas populares cercanas o clínicas de atención familiar públicas? ¿En qué se transportan las personas? ¿Cómo visten? ¿Qué porciones del cuerpo y la piel cubren más y cuáles cubren menos?

Ambiente		Aspecto		Descripción
2.	Viviendas	a.	Calidad de la vivienda	Materiales de construcción (paredes, piso, techo), condición de los materiales, protección frente a fenómenos atmosféricos, servicios básicos, muebles / equipos.
		b.	Higiene / salubridad	Amplitud v. número de familiares, ventilación, iluminación, limpieza, humedad, presencia de plagas, ubicación de baños / letrinas, manejo de desechos sólidos y líquidos, animales domésticos, manejo de alimentos.
		c.	Vida familiar	Actitudes y prácticas observadas, patrones de comunicación / expresión de afectos, cordialidad, crianza de niños, niñas y adolescentes, vestimenta / higiene personal, disponibilidad de alimentos y de agua potable.
3.	Personas entrevistadas	a.	Apariencia	Apariencia general, condición de salud física, estado de ánimo, vestimenta / higiene personal, capacidad cognitiva.
		b.	Actitud	Disposición inicial, compenetración establecida, involucramiento / sinceridad durante la entrevista, contacto visual, comprensión de las preguntas, reacciones a preguntas.
		c.	Interacciones paralelas	Miembros de la familia / vecinos presentes, cordialidad, intercambios y conversaciones paralelas.
4.	Centros de salud	a.	Instalaciones físicas	Ubicación, amplitud, higiene, equipamiento, privacidad, ambiente.
		b.	Entrega de servicios	Procedimientos, tiempo de espera para consulta, trato a las embarazadas (calidez v. frialdad).
		c.	Usuarios de servicios (embarazadas)	Perfil general, estado afectivo, actitud / interacciones con el personal de salud / con otros usuarios, comentarios espontáneos.
		e.	Personal de salud	Disponibilidad, actitud / interacciones con las embarazadas.



FUNGLODE

FUNDACIÓN GLOBAL
DEMOCRACIA Y DESARROLLO



**OBSERVATORIO POLÍTICO
DOMINICANO**

Calle César Nicolás Penson 127, La Esperilla,
Santo Domingo, República Dominicana.
Tel. (809) 685-9966 • comunicaciones@opd.org.do
www.opd.org.do

ISBN: 978-9945-412-96-3



9 789945 412963