


Spring 2017

¿Querías salir embarazada?: La cultura y la salud de las embarazadas en Puerto Bello / Did you want to get pregnant?: The culture and health of pregnant women in Puerto Bello

Jessie Malone Friedman

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

Recommended Citation

Friedman, Jessie Malone, "¿Querías salir embarazada?: La cultura y la salud de las embarazadas en Puerto Bello / Did you want to get pregnant?: The culture and health of pregnant women in Puerto Bello" (2017). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2761.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2761

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

¿Querías salir embarazada?:
La cultura y la salud de las embarazadas en Puerto Bello

Jessie Malone Friedman
Director académico: Benjamin Waddell
Asesora: Dra. Karla Katherine Santa García

Whitman College
Biology Major/Spanish Minor

Puerto Bello, RAAS/Nicaragua
Entregado para la realización parcial de los requisitos de Nicaragua:
Youth Culture, Literacy and Media, SIT Study Abroad

Primavera 2017

Dedicación

Quiero dedicar este informe a las mujeres fuertes de Puerto Bello: a las doctoras y las enfermeras del puesto de salud, quienes hacen el trabajo duro cada día y siempre hacen lo mejor que pueden, y a las embarazadas, quienes compartieron sus experiencias conmigo de una manera generosa y amable. Esta investigación nunca hubiera sido posible sin la ayuda y la inspiración de ellas.

Agradecimientos

Quiero agradecerle a todo el personal del puesto de salud por permitirme estar en su trabajo cada día y hacerles preguntas interminables. Les doy un agradecimiento especial a las doctoras y a la enfermera profesional (Karla, María y Caro) por compartir su casa, su comida y su amistad conmigo. También, gracias a las enfermeras (Jasmina y Cristina) por su ayuda y amistad.

Quiero agradecerle también a mi director, Ben, por su apoyo y ayuda telefónica mientras estuve en Puerto Bello, a María Teresa por su amor y apoyo antes de salir para Puerto Bello (también por teléfono) y a mi maestra de español, Araceli, por revisar el borrador inicial. Ustedes tres han sido fenomenales a través de todo el semestre al cuidarnos y darnos la mejor experiencia posible en Nicaragua.

Finalmente, siempre me siento agradecida con mis amigos del programa, mi familia nica y mi familia estadounidense por apoyarme con todo. Los quiero a todos.

El índice

La introducción	1
La metodología	3
Los resultados y el análisis	7
I. Un resumen de la atención médica del puesto de salud.....	7
II. La influencia del MINSA.....	9
III. Los factores determinantes.....	12
La conclusión	21
El glosario de términos	26
La bibliografía.....	27
La lista de entrevistas.....	28

La introducción

Las mujeres embarazadas ya son, según la perspectiva del médico, pacientes en riesgo. Hay diferentes niveles de riesgo: con algunas clasificadas “en bajo riesgo obstétrico, algunas en alto riesgo obstétrico; incluso, bajo riesgo obstétrico evoluciona a alto riesgo obstétrico.”¹ Por eso, ambos a nivel del médico de alguna embarazada y a nivel nacional de la salud pública, las embarazadas son un enfoque especial de la atención médica, en cualquier caso.

En Nicaragua, hay muchas mujeres embarazadas y aún más mujeres que podrían salir embarazadas en cualquier momento. En 2005, las mujeres con capacidad fértil representaron el 41.5% de la población en total.² Son una parte grande e importante de la población nicaragüense. Y en conjugación con ese índice grande de mujeres, los índices de mortalidad materno-infantil también son grandes, contribuidos por el hecho de que, en Nicaragua, la población es joven y empieza la actividad sexual muy temprano.³ Por eso, el gobierno de Nicaragua prioriza la salud de las mujeres, en adición a la de los niños, y la ha priorizado desde la revolución en 1979.⁴

Sin embargo, las tasas de mortalidad materna todavía son altas. En 2016, las muertes maternas en las regiones con más riesgo, la RAAS y Jinotega, fueron

¹ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

² Bra. Gricela del Socorro Avilés Díaz y Br. Eddy de Jesús Altamirano Rivera, “Factores relacionados con embarazos no deseados, en el municipio “El Tortuguero,” Región Autónoma de Atlántico Sur; durante el periodo comprendido entre el 1ro de Julio al 1ro de Noviembre del año 2004” (Trabajo de Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2004).

³ Avilés Díaz y Altamirano Rivera, “Factores relacionados.”

⁴ Nicole Rawson, et al., “The current status of women’s health in Nicaragua,” *Journal of Multicultural Nursing & Health* 29 (1999), <http://ezproxy.whitman.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/220298487?accountid=1208>.

siete y doce, respectivamente.⁵ Es un problema que todavía existe, aunque es una prioridad del gobierno. En “El plan de buen gobierno 2016,” hay una sección titulada “Combatiendo la mortalidad materna” que se dedica a solamente ese problema. La sección corta describe las tasas de nacimientos, embarazos rurales, casas maternas y varios métodos para atender a las embarazadas con cuidado especial.⁶ Es un enfoque gubernamental obvio y público.

¿Pero por qué las embarazadas todavía son un gran y grave problema de la salud pública de Nicaragua si ha sido un enfoque del gobierno por tantos años? ¿Cuáles son los factores que determinan las características de este problema, particularmente en las zonas rurales del país? La literatura exigente a veces menciona las tasas altas de embarazos o el enfoque especial del gobierno, pero mucha de la información es antigua y no explora porqué la buena atención médica es tan difícil conseguir para las embarazadas.

Por eso, yo hice una investigación de ese tema en un puesto de salud en la RAAS, una de las regiones identificadas por el MINSA, o Ministerio de Salud, como de alto riesgo. En este informe, voy a elaborar esos diferentes factores determinantes que hacen que la condición de la embarazada sea tan arriesgada en esa zona, con algunos factores que pueden ser extrapolados a la población nicaragüense en general. A través de hablar con el personal de salud que trabaja en el puesto, las parteras de la comunidad y las embarazadas del pueblo y las comunidades cercanas, yo identifiqué algunos factores mayores: la falta de recursos, la religión, el machismo y las costumbres. Argumento que esos factores crean una cultura que no prioriza a la embarazada y hace difícil su atención

⁵ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

⁶ Ministerio de Salud, “Plan de buen gobierno 2016” (publicación pública, Nicaragua, 2016), p. 8.

médica. En mi análisis, voy a incluir también la influencia del gobierno y un enfoque especial en el asunto del embarazo adolescente.

La metodología

Yo me fui para la costa atlántica de Nicaragua con el propósito de estudiar la interacción entre la medicina moderna del puesto de salud de Puerto Bello y la medicina alternativa tradicional de las comunidades étnicas e indígenas en la región. Pero pronto me di cuenta de que, primero, aunque la medicina alternativa sí existe, no tiene la base en la tradición y la cultura que quería investigar. También, mientras estaba tratando de investigar la interacción entre la medicina moderna y alternativa, estaba observando las consultas cada día en el puesto de salud. Por eso, vi los problemas mayores de la salud pública de la región y me di cuenta de un asunto mucho más grande y relevante: la atención médica de las embarazadas. Vi la prevalencia grande de mujeres embarazadas y los varios problemas que ellas enfrentan cuando están embarazadas, en adición a las dificultades que enfrenta el personal de salud en cuidar a ellas.

Empecé a preguntarle al personal del puesto sobre esas embarazadas: por qué había tantas y por qué su atención médica es tan difícil y compleja. En el sexto día del periodo, cambié oficialmente el tema de mi proyecto. Ya había estado entrevistando a algunas hierberas⁷ que viven en el pueblo sobre la medicina alternativa, pero empecé a hablar también con las embarazadas, ambos del pueblo y otras comarcas, que venían al puesto de salud. Resultaba que las hierberas también eran parteras y tenía una gran influencia en la atención médica

⁷ Refiera al glosario de términos para ver una definición de “hierbera.”

de las embarazadas. Entonces, pude continuar hablando con ellas, en adición con el personal del puesto de salud, pero cambié el enfoque de las entrevistas a los retos de estar embarazada en la región.

Así cambié el tema de mi proyecto desde la interacción entre la medicina tradicional y moderna en el pueblo a la condición de las embarazadas a nivel de la población y los retos de su atención médica. A lo largo de mi tiempo allá, especifiqué el tema en los factores que crean una cultura distinta en esa región, una cultura que hace difícil la atención médica materna, y el enfoque especial en su atención por parte del personal de salud y del gobierno.

Para investigar esos temas, entrevisté a embarazadas, parteras y personal de salud y también observé las consultas en el puesto de salud regularmente. Fui a las casas de algunas personas en la comunidad para entrevistarlas y entrevisté a personas que vinieron al puesto de salud independientemente de mi presencia allí. A través de esas dos estrategias, podía buscar a alguien específico si yo sabía que era partera o embarazada y también podía aprender de una manera más aleatoria a través de entrevistar a las parteras y las embarazadas que vinieron al puesto por sus propias razones. En los dos casos, siempre le preguntaba si estaban de acuerdo con una entrevista.

Durante mis observaciones en el puesto, me sentaba en una silla en la sala con la doctora y el paciente y escuchaba la consulta, sin interrupción. A través de eso, podía escuchar las interacciones normales entre las dos personas y aprender mucho sobre la cultura y los factores determinantes que identifiqué. Preferí esa estrategia más de hacer las entrevistas porque siento que la información fue menos censurada y prejuiciada cuando no les estaba preguntando directamente a

las personas. Aprendí de una manera más orgánica y holística a través de sólo observar.

Sin embargo, hubo muchas limitaciones en estas dos estrategias y prejuicios, también. Aunque no les estaba preguntando directamente a los pacientes en las consultas, ellos todavía sabían que yo estaba escuchando y podían censurarse si quería por eso. Tampoco necesitaban responder honestamente al doctor. Aunque las entrevistas de las parteras y las embarazadas que vinieron al puesto fueron más aleatorias que las otras entrevistas (porque no busqué a personas que yo o mi asesora ya conocía), todavía había prejuicio en los resultados porque sólo algunas personas estaban de acuerdo con la entrevista y, además, sólo algunas personas venían al puesto de salud. Por eso, las respuestas de mis entrevistas quizás están sesgadas.

Hay un gran prejuicio en mis investigaciones en general porque viví con mi asesora, una de las dos doctoras del puesto de salud, en adición a la otra doctora y la enfermera profesional. Pasé todo mi tiempo con el personal de salud y así que aprendí la mayoría de la información sobre la región, la cultura y aún las embarazadas de ellas. Incluso, mi asesora me llevó a las entrevistas en la comunidad y estuvo presente en la mayoría de las entrevistas en total. Entonces, las respuestas de las entrevistas no sólo reflexionan la dinámica de poder entre el informante y yo (como extranjera investigadora), sino también la dinámica entre la doctora y el informante.

Otras barreras de resultados completamente aleatorios son la barrera idiomática entre los informantes y yo, los aspectos de la cultura que previenen que las mujeres me respondan sinceramente sobre cosas sensitivas, mis prejuicios personales/falta de conocimiento de una cultura que no es la mía, la falta de

recursos del puesto de salud para llevarme a las comarcas fuera del pueblo y la muestra de informante sesgada a los del pueblo y las comarcas más cercanas, no de las lejanas. Son muchas barreras y necesito reconocer que mis resultados no van a ser completamente representantes de la situación verdadera.

Para proteger la privacidad de mis informantes, estoy usando seudónimos tanto para las personas como el pueblo. Además, durante las entrevistas, para proteger el bienestar de mis informantes, no les pregunté sobre los aspectos más duros de su vida personal, como, por ejemplo, la violación o la violencia entre pareja. Tampoco les pregunté a las embarazadas si quería salir embarazada si no me ofrecía la información primero. El título de este informe viene de mi asesora, la doctora Karla, cuando le preguntó a una de mis informantes por sí misma. Esa situación fue difícil porque ella era una embarazada adolescente y yo dudaba que ella quisiera salir embarazada. Como era de esperar, ella nos dijo que no quería salir embarazada en respuesta a la pregunta de Karla.⁸ Eso fue la única vez que alguien le preguntó a unas de mis informantes de manera tan directa.

En los otros casos, aprendí las cosas más sensitivas, como que una mujer no quería salir embarazada, por una manera menos directa. El enfoque de cada entrevista fue la descripción general de la vida de la persona y los retos de estar embarazada que ella observa o experimenta en su vida regularmente. Lo que mis informantes me dijeron sobre la vida diaria, la cultura y la atención médica se informa en mis conclusiones en este informe. Si noto una cosa difícil sobre una persona, es porque otra persona, probablemente un personal de salud, me informó de eso.

⁸ Francesca Cabrera (embarazada adolescente), en una entrevista en el puesto de salud, el 25 de abril 2017.

Los resultados y el análisis

I. Un resumen de la atención médica del puesto de salud

A causa de que el puesto de salud y el personal que trabaja allí informaban tanto en mi investigación, quiero hacer una breve explicación de la situación en la que trabajan. El puesto de salud sirve al pueblo y alrededor de 14 comarcas, o comunidades, en la región. El propósito de ese tipo de unidad de salud es dar servicios básicos de la atención médica primaria, como la educación, las pruebas, la monitorización de las embarazadas y los niños, la vacunación y el tratamiento de enfermedades básicas.⁹

En contraste con un centro de salud o un hospital, un puesto de salud no tiene las condiciones ni los recursos para hacer más que lo básico con respecto a la atención médica. Por ejemplo, en el centro de salud que es la cabeza de las unidades de la región, hay varias enfermeras, seis o siete médicos, un cuarto especial para atender partos y electricidad 24 horas.¹⁰ En el puesto de salud en Puerto Bello, sólo hay dos doctoras, una enfermera profesional y dos enfermeras auxiliares. La electricidad dura por 12 horas durante el día y el puesto no tiene condiciones muy sanitarias, ni muchos instrumentos ni provisiones. Como me dijo Caro, la enfermera profesional, “no deberíamos de tener partos ni ingresar pacientes. Pero como estamos largos, tenemos que hacer de todo aquí.”¹¹

Mientras estuve allí, vi varios niveles de emergencia. El primer fin de semana, una mujer que había estado pariendo en la casa se complicó y vino al puesto de salud a las cinco de la mañana. También, casi siempre había pacientes ingresados porque viven de lejos y la doctora hay que vigilarlos, entonces se

⁹ Nicole Rawson, et al., “The current status of women’s health.”

¹⁰ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

¹¹ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

quedan en el puesto de salud durante la noche. La doctora, Karla, me dijo que hay alrededor de cinco emergencias y cuatro ingresos por semana,¹² a pesar de que técnicamente no deben de atender esos pacientes sin suficientes recursos. Aunque el propósito oficial del puesto de salud es sólo darle atención médica básica a la población, porque ese puesto está lejos de un centro de salud y cubre una zona grande, tiene que hacer mucho trabajo con sus recursos limitados y aún a veces cosas improvisadas sin los instrumentos necesarios.

En realidad, ese puesto de salud y el personal que trabaja allí está para prevenir las muertes maternas. En la región, antes había una tasa alta de muertes maternas.¹³ Entonces, el gobierno, especialmente el Ministerio de Salud, mandó a las dos doctoras y la enfermera profesional (quien tiene una licenciatura en la obstetricia) allá para enfocarse en la atención médica maternal. También, les dio becas a las enfermeras auxiliares, quienes son del pueblo, para que ellas estudiaran la enfermería en Bluefields y regresaran al pueblo a trabajar en el puesto de salud.¹⁴ Todas ellas están allí porque el gobierno prioriza que haya personal de salud en los lugares donde hay riesgo de muertes maternas.¹⁵ Por eso, el puesto de salud es provisional; sirve para que haya personal de salud allí atendiendo la población rural, pero con el propósito de la prevención en vez del tratamiento. Nunca tienen suficientes recursos para proveer la más buena atención médica posible.

¹² Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

¹³ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

¹⁴ Jasmina Colón (enfermera auxiliar) en una entrevista en el puesto de salud, el 23 de abril 2017.

¹⁵ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

II. La influencia del MINSA

El gobierno tiene mucha influencia en la atención médica y así que tiene mucha influencia en la salud de la región. Primero, como ya he dicho, la existencia del puesto de salud de Puerto Bello es un resultado directo de ellos, específicamente del Ministerio de Salud, o MINSA. Pero el MINSA no sólo provee la región con un puesto de salud; ellos capacitan a las parteras y los brigadistas de salud que ya viven en las comunidades. Eso quiere decir que les dan talleres para educar a las parteras y los brigadistas para apoyar a la comunidad.

Las parteras ya trabajaban por las mujeres, ayudándolas durante el embarazo y el parto con su conocimiento de la medicina alternativa, pero a través de recibir la educación en talleres, ellas aprenden las técnicas aprobadas por el MINSA y se vuelvan parteras tituladas. Los dos tipos de parteras trabajan dentro de las comunidades, pero sólo las parteras tituladas son parte del programa de MINSA y ellas tienen que reportar al gobierno con un informe de su trabajo.¹⁶ Las parteras tituladas y las parteras no tituladas ambos son muy populares con las embarazadas.

Los brigadistas son líderes de las comunidades que trabajan al movilizar pacientes de las comarcas lejanas y traerlos a una unidad de salud. También son capacitados por el gobierno, pero no son renumerados por sus servicios. Ellos sólo apoyan a su comunidad a través de llevar los pacientes por agua, en panga, o por tierra, en bestia. Si no hay gasolina para la panga, a veces la comunidad la dona, pero muchas veces no hay suficientes recursos para hacer el trabajo necesario para asegurarse del paciente. Además, cada comarca debe de tener por

¹⁶ Esperanza Calderón (partera) en una entrevista en su casa en Puerto Bello, 17 de abril 2017.

lo menos un brigadista de salud, pero hay varias que no tienen.¹⁷ Entonces, los brigadistas son parte de un intento por la parte del gobierno proteger a las comarcas. Sí son muy útiles, pero no pueden hacer el trabajo necesario todo el tiempo.

A través de capacitar a esas varias personas, el MINSA trata de influir la atención médica tan como posible. Recientemente, MINSA ha implementado un nuevo modelo, o un tipo de protocolo, que dicta como el personal de salud y las parteras deben trabajar juntos, entre otras cosas. Para evitar las muertes maternas, el MINSA cambió el protocolo en 2015 donde las parteras ahora no pueden atender los partos excepto los que estén en las comarcas más lejanas y las parteras tengan título. Este cambio se llama Plan Parto y tiene el objetivo de que todas las mujeres paran en una unidad de salud.¹⁸ Pero, con el intento de tener partos humanizados, si la embarazada prefiere, una partera o un familiar está permitido en el cuarto con ella para apoyarla.¹⁹ Entonces, el poder de la atención médica comunitaria está concentrado en el puesto de salud, en vez de de la comunidad. Muchas mujeres prefieren parir con parteras, pero ahora las parteras no tienen autorización de atenderlas durante el parto, independientemente si son tituladas o no. Así, el gobierno controla de manera estricta la atención médica de las embarazadas, a veces en contra de la preferencia o la costumbre de ellas mismas.

Si una mujer decide quedarse en la casa con una partera o su familia a parir y algo sí se complica (especialmente si se muere), el gobierno investiga bien lo que pasó. Cada mujer tiene una tarjeta que la registra en el censo gerencial de

¹⁷ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

¹⁸ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

¹⁹ Jasmina Colón (enfermera auxiliar) en una entrevista en el puesto de salud, el 23 de abril 2017.

embarazadas. Esta tarjeta es un problema grande para los personales del puesto de salud porque una vez que una embarazada tiene su tarjeta y está registrada, es la responsabilidad del personal asegurarse que ella para en una unidad de salud. A veces las mujeres vienen para recibir su tarjeta, y quizás un ultrasonido para ver a su bebé, pero si la doctora le dice que está bien, ella ya no regresa al puesto de salud. Entonces, las doctoras y enfermeras a veces van con un brigadista, aún a veces con las autoridades si la muchacha se rehúsa, para sacarla de la comarca cuando está cerca de su fecha de parto. Si el personal lo sabe, hay que hacer todo lo posible para asegurarse que ese parto tenga éxito. Si no lo sabe, no es su responsabilidad; pero si la mujer tiene tarjeta, muestra que ellas deberían de saber de ese embarazo. Entonces, si la mujer se muere, hay una investigación de ese personal de salud. Afortunadamente, no ha sucedido ninguna muerte materna bajo la supervisión de las doctoras y las enfermeras que trabajan allí ahora, pero el gobierno todavía vigila bien el trabajo del puesto de salud.

Quiero mencionar brevemente el aborto provocado, porque también tiene que ver con la salud de las embarazadas y las leyes del gobierno. La cultura está bien enfocada en asegurar que no pasen, incluyendo los abortos espontáneos.²⁰ Hay varias plantas que usan las parteras para prevenirlos.²¹ Cada vez que el aborto fue mencionado en una conversación, hubo una connotación negativa. La combinación de eso, las maneras de evitar los abortos provocados, la prevalencia de la religión evangélica y el testimonio de la enfermera que ha trabajado por más tiempo allí me hacen creer que los abortos provocados no pasan allí en esa

²⁰ Refiera al glosario de términos para ver la definición de “aborto espontáneo.”

²¹ Esperanza Calderón (partera) en una entrevista en su casa en Puerto Bello, el 17 de abril 2017.

región. Pero los abortos espontáneos sí pasan a causa del riesgo grande de complicaciones obstétricas en la región.

III. Los factores determinantes

Ya he demostrado que la atención médica de las embarazadas es muy importante para el gobierno de Nicaragua. También es un asunto grande para el personal de salud en el puesto a causa de la alta tasa de embarazadas y la atención extra requerida para cada caso. Ya sabemos que es un grupo de riesgo y el gobierno quiere prevenir las muertes maternas. Pero, ¿por qué hay que prevenirlas en primer lugar? ¿Por qué todavía existe este problema? ¿Por qué es tan difícil proveer buena atención médica a las embarazadas en las zonas rurales?

En esta sección, voy a argumentar que la cultura de la región es lo que causa la dificultad de darles atención apropiada a las embarazadas. Esta cultura está caracterizada por la expectativa de que las mujeres salen embarazadas a una edad temprana y paren muchos niños a través de la vida, sin priorizar su salud ni su deseo de estar embarazada. Voy a argumentar que esta cultura existe como resultado de algunos factores determinantes, sobre todo la falta de recursos, la religión, el machismo y las costumbres.

1. La falta de recursos

La falta de recursos tanto en el puesto de salud como en los pacientes contribuye a la cultura de no ir al puesto de salud y empeora la atención médica de las embarazadas. Porque no hay fondos para poner un centro de salud u otros puestos de salud en la región, sólo ese puesto hay para dar atención médica a una población bastante grande y expansiva. La lejanía geográfica hace difícil venir al

puesto para muchas mujeres y aumenta su riesgo como consecuencia. En las palabras de la doctora, Karla, “la situación geográfica, las costumbres, la cultura de la región- todo influye en que haya muertes maternas.”²² Eso fue la razón por el puesto en primero lugar, y ahora, a veces las mujeres todavía no pueden ir a una unidad de salud tan lejos. Por eso, no logran planificar o conseguir la atención médica para ellas mismas o tal vez para un niño. Por ejemplo, una de las mujeres a quien entrevisté vive lejos del puesto de salud y salió embarazada porque no podía venir al puesto para recibir su inyección. Ella tuvo que mandar su esposo a comprarla y él compró una que piensa fue vencida.²³ La falta de cobertura de una región tan grande a causa de la falta de recursos crea problemas para las embarazadas que viven de lejos.

La falta de recursos de las mismas embarazadas también hace que sea difícil ir al puesto. Ellas tienen que trabajar en la finca y cuidar a sus niños. Las mujeres campesinas siempre venían con varios niños, pero a veces también dejaba algunos en la casa. Entonces, “no quieren quedarse en la unidad de salud porque están pensando en el estrés de haber dejado cinco, seis niños en su casa.”²⁴ Yo vi eso una vez cuando estuve allí: una mujer vino con su niño enfermo con una neumonía grave y la doctora le ordenó quedarse durante la noche en el puesto para que lo pudiera vigilar y usara la nebulizadora. Esa mujer empezó a llorar porque estaba preocupada por los niños que dejó en la casa. Por ese tipo de problema, muchas mujeres postergan ir al puesto o no vienen totalmente.

Esos factores influyen en crear la cultura en la que las mujeres se quedan en sus casas a parir. Por la facilidad y la costumbre, muchas embarazadas no

²² Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

²³ Yesenia Chávez (embarazada), en una entrevista en el puesto de salud, el 28 de abril 2017.

²⁴ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

viajan al puesto de salud para sus citas regulares durante el embarazo, ni a parir. Y si se complican durante el parto, su riesgo es mucho más alto lejos de los médicos de una unidad de salud. La combinación de la falta de recursos, del puesto y de las familias, y la costumbre crea una situación en la que se quedan en casa, “los niños nacen, la familia es pobre, se enferma uno, no tiene como ayudar... se mueren.”²⁵ En esas situaciones con falta de recursos, se mueren los pacientes de alto riesgo: las embarazadas y los niños.

La doctora manda a todas las embarazadas a parir en, por lo menos, un centro de salud, o si son de alto riesgo, en el hospital, donde hay condiciones para partos sanitarios y seguros. Este paso extra, aunque es rutina, es difícil para muchas mujeres. Y en los casos infrecuentes en los que hay la necesidad de ver a un especialista, hay que viajar hasta Managua, como en el caso de una embarazada a quien entrevisté que parió un feto prematuro con varias complicaciones.²⁶ El acceso a la atención médica buena es severamente restringido. A veces las embarazadas están identificadas como de alto riesgo al principio del embarazo y hay que parir en el hospital en Bluefields. Esta lejanía es aún más difícil para las mujeres que están acostumbradas a quedarse en la casa o, por lo menos, en la zona geográfica. Les da miedo viajar a Bluefields “porque [tienen] temor de la cesárea,²⁷ porque dice que allí se cancelan y no les dice nada.”²⁸ La falta de conocimiento del hospital y la atención allá le hace menos probable consentir a los deseos de la doctora que viajen a parir. Este problema se

²⁵ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

²⁶ Maura (embarazada), en una entrevista a su comedor en Puerto Bello, el 22 de abril 2017.

²⁷ Refiera al glosario de términos para ver una definición de “cesárea.”

²⁸ Jasmina Colón (enfermera auxiliar) en una entrevista en el puesto de salud, el 23 de abril 2017.

resolvería si hubiera más unidades de salud con recursos cerca de la población rural.

Las mujeres en países no desarrollados, donde no hay suficientes recursos para hacer que la atención médica esté disponible y sea abundante, tienen una probabilidad 100 veces más grande a morir durante el embarazo o el parto,²⁹ por esas mismas razones que mencioné. Ya hay la costumbre de quedarse en la casa, y la dificultad de ir al puesto por la falta de recursos y la lejanía geográfica crea una situación bastante compleja y arriesgada. Por eso, la falta de recursos y la lejanía geográfica son factores mayores de riesgo.

2. La religión

Las iglesias de la región también influyen bastante en la cultura y la atención médica de las embarazadas. Primero, algunas iglesias (como la iglesia pentecostal) prohíben la planificación familiar. Los pastores les dicen a las mujeres que “es mejor tenerlos todos porque Dios le regala a uno”³⁰ y que la función de la mujer es reproducir la familia.³¹ Yo escuché ese argumento de las mismas embarazadas en el puesto de salud. Escribí en mi cuaderno sobre una vez cuando la doctora le preguntó a una mujer embarazada cuántos más niños ella quería y le respondió, “cuantos niños Dios me manda.” Con este pensamiento prevalente, es común allí tener once, doce hijos. Vi mujeres de alrededor de 35 años de edad, más joven que mi mamá cuando me parió a mí, que ya tenían doce hijos.

²⁹ Nicole Rawson, et al., “The current status of women’s health.”

³⁰ Leila (una embarazada), en una entrevista en su casa en Puerto Bello, el 20 de abril 2017.

³¹ Jasmina Colón (enfermera auxiliar) en una entrevista en el puesto de salud, el 23 de abril 2017.

Esta mentalidad influye en la cultura de no cuidar tanto al embarazo. La multiparidad³² extrema, influenciada por pensamientos religiosos, crea muchos problemas físicos para las mujeres y aumenta mucho más el riesgo obstétrico. Algunas de las complicaciones que son más probables en las mujeres multíparas son la hemorragia posparto, el síndrome hipertensivo gestacional por el riesgo de inducir una hipertensión del embarazo,³³ los partos prematuros y los abortos espontáneos.³⁴ La primera causa de muerte materna al nivel nacional en Nicaragua es el síndrome hipertensivo gestacional y la hemorragia posparto es la segunda.³⁵ Por eso, la manera en la que la religión influye en la mujer a tener niños el mayor número posible, también la pone en riesgo de complicaciones graves, abortos espontáneos y aún la muerte.

También por la religión, las mujeres dicen que, si se mueren de complicaciones, es lo que Dios quiera. Entonces, no toman precauciones para parir en el puesto. Dicen que van a quedarse en la casa, pero, sin embargo, muchas veces sólo significa que empiezan a parir en la casa; cuando se complican, sí vienen al puesto. Lo único es que vienen tarde y a veces sufren complicaciones serias y los niños se mueren.

Como ya mencioné, el primer sábado que estuve allá, una mujer vino a las cinco de la mañana porque había empezado a parir en la casa y se complicó. El parto era gemelar y la primera niña nació muerta porque ella había esperado a venir al puesto. La segunda niña falleció en el regreso a la finca. Esas muertes fueron prevenibles si ella no hubiera esperado. La mujer no reaccionó frente al

³² Refiera al glosario de términos para ver una definición de “multiparidad.”

³³ Refiera al glosario de términos para ver la definición de “hemorragia posparto,” “síndrome hipertensivo gestacional” y “hipertensión.”

³⁴ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

³⁵ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

personal de salud, pero su esposo dijo que iba a tener otros niños. Esa misma cultura, influenciada por el crecimiento en las religiones evangélicas, ponen a las mujeres, y a los recién nacidos, en situación de más riesgo.

3. El machismo

El machismo, como la religión, es un factor cultural que previene que las embarazadas vayan al puesto de salud fácilmente y entonces aumenta su riesgo. Tal como la religión evangélica, muchos hombres no dejan que sus mujeres planifiquen,³⁶ trayendo los mismos riesgos de multiparidad. Pero aún más serio es el problema de que hay algunos hombres que no dejan que sus mujeres vayan al puesto de salud por la razón que a ellos no les gusta que la gente le mira a su mujer.³⁷ Por eso, no permiten que sean examinadas por un médico, especialmente si el médico es varón. Cuando las mujeres van al puesto, ellos les preguntan si el médico es varón y “ellas, como son bien sometidos a sus esposos, ellas siempre les dicen la verdad.” Entonces, las embarazadas ya no pueden salir y, como consecuencia, ellas no reciben la atención médica que necesitan durante el embarazo ni el parto.

A veces esta situación es tan grave que los médicos necesitan viajar muy lejos, para ayudar a las mujeres con alto riesgo de tal enfermedad. Por ejemplo, escribí en mi cuaderno una historia que me contó una de las doctoras sobre un caso extremo del machismo. Un doctor de esa región vio a una mujer quien vino con sospechoso cáncer uterino al centro de salud. Pero, después que el esposo se

³⁶ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

³⁷ Rosa Sesena Obando Ramírez (una embarazada), en una entrevista en el puesto de salud, el 24 de abril 2017.

dio cuenta del sexo del doctor, no dejó que su mujer viniera al centro de salud nunca más. Entonces, el doctor tenía que viajar hasta las montañas para poder sacarla y traerla al hospital para una operación, porque sí tenía cáncer eventualmente confirmado. No importa la gravedad de la condición para algunos hombres.

En total el machismo restringe a la mujer del poder que necesita para estar sana a causa de la posesión. La cultura del mismo machismo también puede crear complicaciones en primer lugar, como en el caso de la multiparidad o el embarazo adolescente que ya son factores de riesgo, porque la violencia entre pareja puede hacer que la mujer salga embarazada en contra de sus propios deseos.³⁸ Además, hay una cultura fuerte del alcohol en Puerto Bello porque la gente dice que “siempre hay borrachos,”³⁹ y me imagino que ese aspecto de la cultura contribuye al abuso de las compañeras y esposas de esos hombres.

4. Las costumbres

Aunque ya he mencionado varias costumbres y maneras en las que éstas influyen en la cultura con respecto a los otros factores determinantes (como la costumbre de quedarse en la casa por la lejanía o por el machismo), hay costumbres distintas que también influyen al crear una cultura que afecta a la atención médica de las embarazadas.

Una de esas costumbres distintas es la brecha entre el puesto de salud y las parteras. Ya mencioné que, aunque a muchas mujeres les gusta ir con parteras a parir, el nuevo modelo del MINSA no lo permite. Las parteras son obligadas a

³⁸ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

³⁹ Maura Álvarez (embarazada), en una entrevista a su comedor en Puerto Bello, el 22 de abril 2017.

traer a las embarazadas al puesto de salud para su atención durante el parto. Entonces, el gobierno está perturbando una costumbre muy importante para las embarazadas en esa región; las parteras son muy populares alrededor de Puerto Bello. Casi todas las embarazadas que entrevisté habían visitado a una partera por lo menos una vez. Ellas hablan de “la confianza, del bienestar que se sienten ellas, de la empatía que tienen con las parteras.”⁴⁰ Sólo una me dijo que a ella no le gusta a causa de que le “da miedo porque algunas se han muertos allí,” pero todavía fue “una vez para sobar.”⁴¹ Es bastante común para las embarazadas ir donde hay una partera, en las comarcas y el pueblo.

Pero, a pesar de esa costumbre tan prevalente entre las embarazadas, el personal del puesto de salud “no [conoce] mucho de lo que las parteras hacen”⁴² y no se asocian mucho. Las doctoras y enfermeras critican que “algunas prácticas de que ellas hacen, están basadas bastante en la creencia”⁴³ y aunque una de las enfermeras tiene una abuela quien es partera titulada, ella dice que sabe poco de las plantas y “nunca [le] ha curioseado preguntarle.”⁴⁴ La impresión que recibí del personal de salud es que la atención de las parteras no es muy efectiva y crean problemas de enfermedad y aún la muerte. Según el personal de salud, cuando las parteras sí son útiles, es porque apoyan al puesto a través de traerles las embarazadas que vienen a ellas. La mayoría de las parteras casi no viene al puesto y sólo algunas son tituladas. Las otras no están esforzándose para ser capacitadas.

⁴⁰ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

⁴¹ Maura Álvarez (embarazada), en una entrevista a su comedor en Puerto Bello, el 22 de abril 2017.

⁴² Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

⁴³ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

⁴⁴ Jasmina Colón (enfermera auxiliar) en una entrevista en el puesto de salud, el 23 de abril 2017.

Aunque creo que el MINSA está tratando de reconocer la importancia de las parteras en el nuevo modelo y el personal de salud reconocen algunas contribuciones positivas a la comunidad, los dos tipos de atención médica se quedan bastante separados; una desconexión que está representado bien por la respuesta apática de una partera quien me respondió cuando le pregunté porque no trató de terminar su capacitación: “ nunca podía cumplir con ella y entonces yo los abandoné y ellos me abandonaron, también.”⁴⁵

Hay otra costumbre que es una crisis de la salud pública en Nicaragua: la alta tasa de embarazos adolescentes. Esta tasa es una costumbre en sí porque es tan normalizada en la cultura. Hay evidencia que las embarazadas adolescentes muchas veces tienen madres que también fueron embarazadas adolescentes.⁴⁶ Pero es una costumbre bastante peligrosa para las adolescentes. El riesgo más grande de complicaciones en las adolescentes (definidas como entre 10 y 19 años de edad por la Organización Mundial de la Salud) es un riesgo bien conocido y aceptado al nivel mundial.⁴⁷ Sólo el 11% de los embarazos en el mundo son adolescentes, pero traen el 23% de la carga de las enfermedades que tienen que ver con el embarazo y el parto.⁴⁸ Entonces, esos embarazos tienen una probabilidad mucho más grande de complicarse durante ambos el embarazo y el parto. Además, un estudio mexicano mostró que las adolescentes dejan de crecer cuando salen embarazadas porque hay competición entre la muchacha y el feto

⁴⁵ Esperanza Calderón (partera) en una entrevista en su casa en Puerto Bello, el 17 de abril 2017.

⁴⁶ B. Dickens, “Ethical issues in adolescent pregnancies,” *The International Journal of Gynecology and Obstetrics* 128 (2014), doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.006.

⁴⁷ W. Johnson and S.E. Moore, “Adolescent pregnancy, nutrition, and health outcomes in low- and middle-income countries,” *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 123 (2016), doi: 10.1111/1471-0528.13782.

⁴⁸ “Adolescent pregnancy,” World Health Organization, actualizado en septiembre 2014.

para los nutrientes.⁴⁹ Con respecto a la atención médica, no es recomendable estar embarazada tan joven.

Pero en Puerto Bello y sus comarcas, tanto en Nicaragua en general, son bien aceptados como una norma, como consecuencia de los varios factores que crean la cultura. El 95% de los 16 millones de embarazos adolescentes que ocurren cada año están en países de bajos ingresos o medios ingresos.⁵⁰ No hay buenas oportunidades para estas adolescentes. También, aunque el sexo en menores de edad está considerado bajo la ley como una violación, en Puerto Bello no está siendo tratado así.⁵¹ Según una de las enfermeras, “las madres, cuando las niñas tienen como 14, 15, ofrece, o tal vez le da dinero para su hija;” es decir, ellas venden a sus niñas.⁵² Entonces, hay la costumbre de presentar las adolescentes como objetos sexuales. A veces es el caso que las mismas niñas quieren salir embarazadas porque ser madre es un método de conseguir validación, libertad e independencia de sus familias.⁵³ Pero en la única entrevista que yo tuve con una embarazada adolescente, ella me dijo que no quería salir embarazada.⁵⁴ Sospecho que, como en la experiencia de muchas de las embarazadas de Puerto Bello, no es necesariamente que las adolescentes quieren salir embarazadas, sino que lo están aceptando socialmente y, a veces, es esperado si les pasa a ellas mismas.

La conclusión

⁴⁹ E. Casanueva et al., “Adolescents with adequate birth weight newborns diminish energy expenditure and cease growth,” *The Journal of Nutrition* 136 (2006), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.whitman.edu/pubmed/16988116>

⁵⁰ “Adolescent pregnancy,” World Health Organization.

⁵¹ Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

⁵² Caro Bravo (enfermera profesional), en una entrevista en la casa materna, el 1 de mayo 2017.

⁵³ Avilés Díaz y Altamirano Rivera, “Factores relacionados.”

⁵⁴ Francesca Cabrera (embarazada adolescente), en una entrevista en el puesto de salud, el 25 de abril 2017.

La atención médica de las embarazadas es un problema en Puerto Bello y en muchas áreas de Nicaragua. Por eso, hay una tasa alta de muertes maternas y muertes neonatales en algunas regiones del país. Esta tasa alta es reconocida por el gobierno y ellos tratan de reducir la frecuencia de las muertes a través de controlar varios aspectos de la atención médica en las zonas rurales donde hay las tasas más altas, como en la RAAS. Aunque no ha habido muertes maternas en los años recientes en Puerto Bello, la atención médica para las embarazadas todavía permanece como un gran problema, difícil de conseguir y realizar, para el personal de salud que trabaja en el puesto y las mismas embarazadas. ¿Por qué permanece ese problema?

En este informe, yo presenté el argumento que la barrera de darles atención médica adecuada a las embarazadas es la cultura que no prioriza a ellas, específicamente algunos factores determinantes que hacen difícil ir al puesto de salud. Pero el gobierno no se enfoca en los factores culturales. Pone un gran porcentaje de su atención en la tasa de muertes maternas, cambiando el modelo de salud en la región para evitar las complicaciones obstétricas. Por eso, la cultura que resulta de los factores determinantes continúa interfiriendo con la atención que podría ayudar a las embarazadas.

Es cierto que los esfuerzos del gobierno sí han disminuido las muertes maternas. Pero hay más trabajo para hacer, como la Karla me dijo:

Tampoco voy a ser así tan directo y decir de que el modelo de la salud familiar y comunitaria no haya ayudado para que disminuya el índice de muertes maternas, o lo mismo con muertes de menores de cinco años. Sí, ha ayudado. Porque, antiguamente, el número de embarazadas, de muertes, y el número de niños que morían, era más alto, en comparación

con lo actual. Entonces, sí ha influido específicamente, pero no quiere decir que nos hemos todavía librado...

Así, el problema de la atención médica maternal permanece, aunque el gobierno ha logrado disminuir las muertes maternas. Los factores determinantes, como la falta de recursos, la religión, el machismo y las costumbres, continúan afectando el poder de las embarazadas conseguir atención y ayuda durante su embarazo y su parto. Y la falta de atención médica adecuada no es sólo un problema de riesgo obstétrico. Las vidas de esas mujeres están cambiadas y formadas por los factores determinantes que analicé y la cultura que crean.

Muchas de las mujeres con quienes hablé no querían salir embarazada. Por lo menos, no lo reconocían como una posible elección. La cultura de Puerto Bello y las comarcas hacen que muchas veces ellas salen embarazadas sin su consentimiento verdadero. Como Francesca (la adolescente), Yesenia (la embarazada que no podía ir al puesto de salud para recibir su inyección), y muchas más mujeres que conocí y se volvieron embarazada por sus circunstancias en vez de su elección, las embarazadas tienen una vida cambiada por una cultura que hace difícil planificar la familia.

Un estudio hecho por estudiantes nicaragüenses de medicina en otro pueblo de la costa atlántica apoya a los resultados de esta investigación. Ellos encontraron que el 32.10% de la población fértil en su estudio había tenido por lo menos un embarazo no deseado en algún momento de su vida y el 80% de las entrevistadas no querían más embarazos porque no tenía suficientes recursos económicos y ya tenían muchos hijos.⁵⁵ Esos resultados reflexionan las razones

⁵⁵ Avilés Díaz y Altamirano Rivera, "Factores relacionados."

que escuché por qué las mujeres planifican, como la falta de recursos y la multiparidad. También encontraron que fue el primer embarazo que había lo no deseado la mayoría de las veces. Las razones citadas por salir embarazada en primer lugar fueron el sexo inseguro a temprana edad, la falta de educación y la violencia intrafamiliar,⁵⁶ reflexiones de los factores determinantes de las costumbres, la falta de recursos y el machismo. En total, los resultados de los dos estudios muestran cómo salir embarazada es un aspecto de la cultura, o una expectativa, en vez de algo planificado y deseado por las mujeres cada vez.

Los resultados de ese estudio enfatizan también el problema de los embarazos adolescentes. La cultura extiende a las adolescentes, haciendo que ellas también tienen la expectativa de salir embarazada. Embarazos adolescentes representaron más que 70,000 muertes maternas en 2013, el 25% de las muertes maternas en total mundialmente.⁵⁷ Son un gran producto de la cultura que no prioriza las embarazadas y, como consecuencia, experimentan un alto riesgo de complicaciones. Entonces, si el gobierno de Nicaragua quisiera cambiar la tasa de muertes maternas, sería buena idea combatir los factores culturales, tal vez con la educación sexual, para evitar los embarazos adolescentes y la multiparidad en las mujeres.

El problema con la cultura con respecto a las embarazadas no es un asunto de si las mujeres quieren salir embarazadas o no, es un asunto de la cultura que espera que salgan embarazadas, sin priorizar su atención médica. Esa cultura tiene consecuencias, como he descrito en este informe con datos y anécdotas de lo que pasa a las embarazadas sin atención adecuada. Por eso, hay bastantes

⁵⁶ Avilés Díaz y Altamirano Rivera, “Factores relacionados.”

⁵⁷ B. Dickens, “Ethical issues in adolescent pregnancies.”

complicaciones obstétricas y la atención médica todavía es un dolor de cabeza para el personal de salud del puesto de Puerto Bello, y también a nivel de la salud pública. Entonces, en vez de enfocar primariamente en las muertes maternas, estos resultados muestran que, como una estrategia para cambiar las dificultades que experimentan las embarazadas, sería bueno empezar con los factores culturales.

El glosario de términos

Aborto espontáneo: La pérdida de un feto de manera natural, en contraste al aborto provocado, en lo que se termina el embarazo a propósito.

Cesárea: La operación para extraer el feto de la madre a través de hacer una incisión en el abdomen. Sirve para evitar el parto si hay complicaciones.

Hemorragia posparto: La pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto por vía vaginal (o más de 1000 ml por cesárea).

Hierbera/partera: Las mujeres que viven y trabajan (ambos en Puerto Bello y en las comarcas alrededor del pueblo) con las embarazadas son parteras porque saben atender los partos y son hierberas porque usan hierbas, o plantas, para hacer remedios alternativos.

Multiparidad: Se consiste en tener múltiples hijos. La multiparidad puede ser favorable con pocos hijos, pero se vuelve a ser peligrosa con muchos hijos.

Síndrome hipertensivo gestacional: Se clasifica en varias formas de hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión crónica.

Sobar: Es una técnica que usan las parteras para ayudar a las embarazadas. Según la doctora Karla, “es una técnica que simplemente se basa en practicar una rotación externa [en la barriga de la mujer]. Es decir...tratan de acomodar la presentación del producto de la percepción del feto”⁵⁸ para aliviarse de la incomodidad del embarazo.

Hipertensión: La presión alta de la sangre en las arterias.

⁵⁸ Karla Katherine Santa García (doctora) en una entrevista en la casa materna, el 2 de mayo 2017.

La bibliografía

“Adolescent pregnancy,” World Health Organization, actualizado en septiembre 2014.

Avilés Díaz, Bra. Gricela del Socorro y Altamirano Rivera, Br. Eddy de Jesús.

“Factores relacionados con embarazos no deseados, en el municipio “El Tortuguero,” Región Autónoma de Atlántico Sur; durante el periodo comprendido entre el 1ro de Julio al 1ro de Noviembre del año 2004.”

Trabajo de Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2004.

Casanueva, E. et al. “Adolescents with adequate birth weight newborns diminish energy expenditure and cease growth.” *The Journal of Nutrition* 136 (2006). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.whitman.edu/pubmed/16988116>

Dickens, B. “Ethical issues in adolescent pregnancies.” *The International Journal of Gynecology and Obstetrics* 128 (2014), doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.006.

Johnson, W. and Moore, S.E. “Adolescent pregnancy, nutrition, and health outcomes in low- and middle-income countries.” *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 123 (2016). doi: 10.1111/1471-0528.13782.

Ministerio de Salud. “Plan de buen gobierno 2016.” Publicación pública, Nicaragua, 2016, p. 8.

Rawson, Nicole et al. “The current status of women’s health in Nicaragua,” *Journal of Multicultural Nursing & Health* 29 (1999). <http://ezproxy.whitman.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/220298487?accountid=1208>.

La lista de entrevistas

Álvarez, Maura. Entrevista sobre estar embarazada. El 22 de abril 2017. Su comedor en Puerto Bello.

Bravo, Caro. Entrevista sobre trabajar en el puesto de salud como enfermera profesional. El 1 de mayo. La casa materna de Puerto Bello.

Cabrera, Francesca. Entrevista sobre estar embarazada. El 25 de abril 2017. El puesto de salud de Puerto Bello.

Calderón, Esperanza. Entrevista sobre la medicina alternativa y la partería. El 17 de abril 2017. Su casa en Puerto Bello.

Chávez, Yesenia. Entrevista sobre estar embarazada. El 28 de abril 2017. El puesto de salud en Puerto Bello.

Colón, Jasmina. Entrevista sobre trabajar en el puesto de salud como enfermera auxiliar. El 23 de abril 2017. El puesto de salud de Puerto Bello.

Flores, Leila. Entrevista sobre estar embarazada. El 20 de abril 2017. Su casa en Puerto Bello.

Martí, Josefina. Entrevista sobre trabajar como partera. El 19 de abril. El puesto de salud en Puerto Bello.

Obando Ramírez, Rosa Sesena. Entrevista sobre estar embarazada. El 24 de abril. El puesto de salud en Puerto Bello.

Santa García, Karla Katherine. Entrevista sobre trabajar en el puesto de salud como doctora. El 2 de mayo 2017. La casa materna en Puerto Bello.

Santos, Tilda. Entrevista sobre trabajar como partera. El 30 de abril. Su casa en Puerto Bello.