

RUTA MATERNA COMO ESTRATEGIA GARANTISTA DE DERECHOS HUMANOS EN EL ESTADO SUCRE, AÑO 2022

(MATERNAL ROUTE AS A HUMAN RIGHTS GUARANTEE STRATEGY IN THE SUCRE STATE, YEAR 2022)

MÓNICA ANDREINA VELASCO DE GAMBOA¹, DAMARIS ZERPA DE MÁRQUEZ^{1,2}

¹Universidad de las Ciencias de la Salud Hugo Chávez Frías, ²Departamento de Administración, Escuela de Administración, Núcleo de Sucre, Universidad de Oriente
Dzerpa2@gmail.com

RESUMEN

En Venezuela existen políticas para promover la prevención antes que la curación, territorialización de los servicios de salud y creación y fortalecimiento de un Sistema Nacional Público de Salud garante de velar por el derecho humano a la salud y por ende a la vida, lo que impulsó la creación de unidades de atención, estrategias y programas para la atención con calidad hacia las mujeres embarazadas. Ante el aumento de las cifras de complicaciones en el embarazo, muertes materno – infantiles, se creó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la estrategia de ruta materna, la cual es una estrategia para monitoreo de la gestante, respecto a cuidados prenatales, seguimiento, acompañamiento y control, para la reducción de la morbilidad materna grave, mortalidad materna y neonatal. En el estado Sucre se incorporó la ruta materna como estrategia, por lo que, el objetivo de investigación fue analizar la ruta materna como estrategia garantista de derechos humanos en el estado Sucre, año 2022, a través de un estudio cualitativo empleando el método hermenéutico dialéctico. Se obtuvo información por medio de una entrevista en profundidad. Los resultados plantean la necesidad de orientaciones operativas para la consolidación de la ruta materna en el estado Sucre, donde actualmente existe presencia de organismos internacionales vinculados al tema salud, especialmente dedicados a niños, niñas y adolescentes y salud materno – infantil. Se concluye en la necesidad de orientaciones operativas para la consolidación de la ruta materna en el estado Sucre, en torno a: derecho a la maternidad, maternidad segura y feliz, institucionalización y maternidad, planificación familiar, territorialización de la estrategia, planificación y articulación, miedo obstétrico y garantía de condiciones materiales, las cuales están soportadas en dos ejes transversales: sensibilización y empatía y funcionamiento orgánico de la estrategia.

Palabras clave: Maternidad, ruta materna, estrategia, derechos humanos.

ABSTRACT

In Venezuela, there are policies to promote prevention rather than cure, territorialization of health services and the creation and strengthening of a National Public Health System

that guarantees ensuring the human right to health and therefore to life, which prompted the creation of care units, strategies and programs for quality care for pregnant women. Given the increase in the number of complications in pregnancy and maternal and infant deaths, the Sexual and Reproductive Health Program and the maternal route strategy were created, which is a strategy for monitoring pregnant women, regarding prenatal care, follow-up, accompaniment and control, for the reduction of severe maternal morbidity, maternal and neonatal mortality. In the state of Sucre, the Maternal Route was incorporated as a strategy, so the research objective was to analyze the maternal route as a strategy to guarantee human rights in the state of Sucre, year 2022, through a qualitative study using the dialectical hermeneutic method. Information was obtained through an in-depth interview. The results raise the need for operational guidelines for the consolidation of the maternal route in the state of Sucre, where there is currently a presence of international organizations linked to health, especially dedicated to children and adolescents and maternal and child health. It concludes on the need for operational guidelines for the consolidation of the maternal route in the state of Sucre, around: right to maternity, safe and happy motherhood, institutionalization and maternity, family planning, territorialization of the strategy, planning and articulation, obstetric fear and guarantee of material conditions, which are supported in two transversal axes: awareness and empathy and organic functioning of the strategy.

Keywords: Maternity, maternal route, strategy, human rights.

INTRODUCCIÓN

La ruta materna, creada en el año 2019 y publicada en Gaceta Oficial número 41.564 (2022), es una estrategia para el monitoreo de la gestante, desde el inicio de los cuidados prenatales, seguimiento, acompañamiento y control, para sumar esfuerzos en la reducción de la morbilidad materna grave, mortalidad materna y neonatal, en consonancia con los avances científico-técnicos, las normativas oficiales y los protocolos de atención relacionados con la salud materna y/o neonatal.

Con base a lo anterior, destaca el concepto de maternidad segura el cual abarca la promoción y la protección del derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr para las mujeres, las madres y los recién nacidos, así como el acceso a servicios adecuados de salud y sistemas sanitarios seguros y eficientes. Este concepto refleja la diversidad de experiencias de las mujeres como madres, considerando disparidades en la distribución de ingresos y

las desigualdades relacionadas con el lugar de residencia, grupo étnico, género y otros factores (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2017).

Sustentados en la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999), el estado venezolano, a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), ha sido el administrador del servicio de la salud pública, para lo cual ha desplegado una serie de proyectos y programas a objeto de elevar el bienestar en la sociedad. Este sustento constitucional comprende el cumplimiento del artículo 76, que señala que la maternidad y la paternidad son protegidas integralmente y el estado garantizará la asistencia y protección integral a la maternidad, a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estos señalamientos hechos en la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999) y la ORGANIZACIÓN PA-

NAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017), muestran la preocupación existente a nivel nacional e internacional acerca de la protección de la salud de las mujeres gestantes.

Para el año 2015, Venezuela contaba con la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo, se estimaba que el 18,00% de nacimientos provenían de jóvenes menores de 20 años (UNFPA 2015). A pesar de los esfuerzos sanitarios realizados para prevenir el embarazo en adolescentes y el embarazo no deseado, en la actualidad, las cifras siguen siendo superiores a las esperadas y deseadas. En Venezuela, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE 2012), la tasa de nacimientos vivos registrados por edades de las madres fue de 7452 recién nacidos, provenientes de adolescentes menores de 15 años y edades comprendidas entre 15 y 19 años.

Acogiendo el principio de universalidad de los derechos humanos (DDHH), Venezuela suscribe tratados y convenios internacionales en materia de DDHH y tiene relaciones diplomáticas y políticas con organismos internacionales dedicados a velar por los mismos en el mundo. En la actualidad, se tiene el reto de LA AGENDA 2030 Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (2018), para el desarrollo sostenible, creada por la Organización de Naciones Unidas en la cual resalta, entre sus objetivos fundamentales, la salud ante el cual Venezuela debe mostrar resultados medibles, entre ellos, la salud materna.

Las adolescentes embarazadas tienen bajo nivel de formación y bajos recursos económicos lo que trae como consecuencia que no se realicen en forma oportuna los controles ni las acciones durante el embarazo. Para tratar de solucionar este problema, se debe incorporar al profesional de enfermería, ya que éstos son buenos educadores de la salud a las embarazadas; sin embargo, se deben mejorar las es-

trategias para incentivar los controles prenatales en las embarazadas adolescentes (BARVOSA Y FERRACUTTI 2013).

En el caso del estado Sucre, actualmente, se observa la presencia de organismos internacionales vinculados al tema salud, especialmente dedicados a niños, niñas y adolescentes y salud materno – infantil, por lo que, su vinculación natural es con el programa salud y reproductiva y ruta materna. La Fundación para la salud en el estado Sucre (FUNDASALUD), ha sido el órgano rector en materia de la salud en esta entidad y muestra preocupación por las mujeres embarazadas, hasta tal punto que ha creado dentro de su estructura de funcionamiento la Dirección de Salud de la Familia, del que se desprenden todos los programas vinculantes con las diferentes etapas de la conformación de una familia y los elementos que, desde el punto de vista de la salud, como un todo, el estado tiene la obligación constitucional de abrigar. Dentro, o como parte del programa de salud sexual y reproductiva fue incorporada la estrategia de la ruta materna como articuladora para la atención oportuna y de calidad a las mujeres embarazadas y en edad fértil, por lo que el objetivo consiste en analizar la ruta materna como estrategia garantista de derechos humanos en el estado Sucre, año 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Modalidad de investigación

La presente investigación es de carácter cualitativo (HERNÁNDEZ 1991; MARTÍNEZ 2006). Se usó el método hermenéutico – dialéctico, basado en la relación dialéctica entre la comprensión, la explicación y la interpretación, en la cual se produce un movimiento en el que estos procesos van adquiriendo mayor relevancia en el desarrollo del propio proceso investigativo (MATOS *ET AL.* 2015).

Consideraciones Bioéticas

La presente investigación se realizó mediante la entrevista a seres humanos, los cuales sirvieron como informantes clave. Este hecho conllevó al acatamiento de la norma de información del paciente, consentimiento informado, la cual se refiere a la ley de investigación biomédica promulgada en el año 2007, en la cual se establece la confidencialidad sobre la información dada para el desarrollo de cualquier proyecto de investigación (BEAUCHAMP Y CHILDRESS 1979).

Procedimiento para la construcción metodológica

En lo concerniente a aspectos propiamente técnicos, se hizo uso de procedimientos como entrevistas semi - estructuradas o en profundidad, con uso de guías para cada nivel de informantes clave, las cuales fueron validadas por tres (3) expertos. Asimismo, cada entrevistado firmó el consentimiento informado. La información de las entrevistas se transcribió y se organizó mediante una lista de cotejo, se examinaron minuciosamente las partes, en búsqueda de similitudes y diferencias que dieran cuenta de regularidades, nociones y relaciones, por medio de la identificación de acontecimientos, actos y temas con cierta unidad o tendencia (conceptos), lo cual permitió su asociación en categorías.

Categorías iniciales

Se cumplió con el procedimiento práctico para la categorización (MARTÍNEZ 2006): Transcripción de la información protocolar, división de los contenidos en porciones o unidades temáticas, categorización, es decir, clasificación, conceptualización o codificación mediante un término o expresión breve, subcategorización y agrupación/asociación de las categorías de acuerdo a su naturaleza.

Selección de informantes

La muestra fue intencional o basada en criterios, utilizando informantes en dos niveles de acción:

- Nivel institucional: Se entrevistaron a 10 actores.

- Nivel población beneficiaria u objeto de atención: fueron entrevistadas 12 embarazadas y puérperas encontradas al momento en los centros de salud visitados. Se seleccionaron casos típicos y de forma aleatoria. Se entrevistaron informantes procedentes de diferentes regiones del estado Sucre.

La codificación asignada para cada grupo fue la siguiente:

- Ruta materna institucional (RMI), enumerado cada informante desde el número uno (1) al diez (10).

- Embarazadas y puérperas (EP), enumerado cada informante desde el número uno (1) al doce (12). Resulta pertinente señalar que la entrevista con EP11, no fue culminada por atender actividades propias de su alumbramiento (cesárea).

Registros de Información

Revisión documental, aplicación de entrevistas en profundidad o semi estructuradas, grabadas desde la opción grabadora de equipo de teléfono personal androide y a través de uso de libreta de campo. Se utilizó Office 2019, en la función Word de reconocimiento de voz en línea para transcribir las anotaciones hechas en la libreta de campo y voz.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra la identificación de contenidos en unidades temáticas, realizada con el

apoyo de la información sobre la perspectiva filosófica de los derechos humanos en función de su vinculación con la ruta materna como estrategia en el estado Sucre.

En esta tabla se plantean varios temas que comenzarán a ser discutidos.

El vínculo entre derechos humanos y derecho

a la maternidad, es mantenido debido a que los informantes muestran conexión y coherencia con lo planteado en la declaración universal de DDHH, lo establecido y asumido internacionalmente por la OMS/OPS respecto a DDHH y maternidad y lo que dicta la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999), sobre DDHH y el derecho a la salud en particular. Así como con lo indi-

Tabla 1. Identificación de contenidos y discusión sobre la perspectiva filosófica de los derechos humanos y su vinculación con la ruta materna como estrategia	
UNIDADES TEMÁTICAS	DESCRIPCIÓN
1. Vínculo entre derechos humanos y derecho a la maternidad	• RMI 1: Hay estrecho vínculo entre los derechos humanos y el derecho a la maternidad. • RMI2: El derecho a una maternidad feliz está vinculado por naturaleza a los derechos humanos. • RMI3: La maternidad como principio desde la gestación tiene derecho y debe tener todas las condiciones para el disfrute pleno del derecho al nacer y a la vida, tiene toda vinculación al derecho a la vida. • RMI7: Los seres humanos son seres gregarios, necesitan vivir en pareja, reproducirse, es un derecho natural, totalmente vinculante el derecho a la maternidad con el derecho a la vida. En dependencia del tipo de sociedad se entiende la maternidad, todo depende de la concepción de la maternidad, hay que revisar elementos culturales. • RMI8: El derecho a la maternidad y el derecho a la vida se encuentran vinculados, durante estos últimos años con la creación por parte del Estado de diferentes programas y misiones vinculadas a la maternidad donde cada mujer embarazada no pierde sus derechos humanos al quedar embarazada. El acompañamiento que se les da con los programas de parto humanizado, lactancia materna entre otros quedan más vinculados dichos aspectos. • RMI 9: Obviamente la maternidad está vinculada al derecho a la vida. • RMI10: El derecho a la maternidad es importantísimo porque es el derecho que da la vida.
2. Programas de apoyo a la maternidad	• RMI1: Como institución tenemos el programa Nuevos Integrantes del Sistema (NIS)... En mi experiencia a través de la música con nuestro programa NIS se ayuda a estimular y hacer de la maternidad un momento feliz. • RMI8: El acompañamiento que se les da con los programas de parto humanizado, lactancia materna entre otros. • RMI10: Por supuesto cuando hablamos de la ruta materna debemos saber que cuando tú amamantas al niño es la primera vacuna que ayuda al niño durante todo su desarrollo y por supuesto lo ayuda en la parte de desarrollo físico y de una manera sana y saludable.
3. Derecho a una maternidad feliz	• PMI1: En mi experiencia a través de la música con nuestro programa se ayuda a estimular y hacer de la maternidad un momento feliz. • RMI2: El derecho a una maternidad feliz está vinculado por naturaleza a los derechos humanos • La participación del Estado venezolano en una maternidad feliz o en la garantía de una maternidad feliz es débil. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios. • RMI10: El derecho a la maternidad es importantísimo porque es el derecho que da la vida.
4. Nacimiento humanizado	• RMI1: queremos que desde el vientre empiecen a desarrollarse sentidos y puede aportar esto a un nacimiento más humanizado. • RMI10: por supuesto cuando hablamos de la ruta materna debemos saber que cuando tú amamantas al niño es la primera vacuna que ayuda al niño durante todo su desarrollo y por supuesto lo ayuda en la parte de desarrollo físico y de una manera sana y saludable.

5. Participación del Estado	• RMI2: La participación del Estado venezolano en una maternidad feliz o en la garantía de una maternidad feliz es débil. • RMI: En primer lugar, el Estado reconoce la maternidad y crea condiciones para garantizarla, juega un papel importante sobre todo en los aspectos de sensibilización y concienciación. • RMI4: Como rectores de la salud en el Estado debemos crear las condiciones para que se cumplan ambos derechos (a la maternidad y a la vida). • RMI8: Durante estos últimos años con la creación por parte del Estado de diferentes programas y misiones vinculadas a la maternidad donde cada mujer embarazada no pierde sus derechos humanos al quedar embarazada. El Estado participa con la garantía de un buen servicio médico gratuito, el acompañamiento que se les da con los programas de parto humanizado, lactancia materna entre otros quedan más vinculados dichos aspectos. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios.
6. Maternidad como derecho a la vida	• RMI3: La maternidad como principio desde la gestación tiene derecho y debe tener todas las condiciones para el disfrute pleno del derecho al nacer y a la vida, tiene toda vinculación al derecho a la vida. • RMI5: La Constitución soporta estos derechos, la maternidad tiene implícita a la vida por naturaleza. • RMI10: El derecho a la maternidad es importantísimo porque es el derecho que da la vida. • RMI10: Por supuesto cuando hablamos de la ruta materna debemos saber que cuando tú amamantas al niño es la primera vacuna que ayuda al niño durante todo su desarrollo y por supuesto lo ayuda en la parte de desarrollo físico y de una manera sana y saludable.
7. Planificación familiar	• RMI 4: Primero se necesita la planificación familiar.
8. Maternidad como derecho constitucional.	• RMI 5: La Constitución soporta estos derechos, la maternidad tiene implícita a la vida por naturaleza. • RMI6: Desde la concepción, fecundación empieza a regir el derecho constitucional a la vida. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios.
9. Beneficios socioeconómicos	• RMI 5: Apoyamos a través de los beneficios socioeconómicos, parto humanizado y bono de lactancia materna. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios.
10. Atención integral a la maternidad	• RMI6: Asegurar que la maternidad sea atendida con propósito integral. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios. • RMI6: Cuidados a la mujer, higiene alimentación, evaluación continua. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios.
11. Cultura	• RMI7: En dependencia del tipo de sociedad se entiende la maternidad, todo depende de la concepción de la maternidad, hay que revisar elementos culturales. • RMI10: Por supuesto cuando hablamos de la ruta materna debemos saber que cuando tú amamantas al niño es la primera vacuna que ayuda al niño durante todo su desarrollo y por supuesto lo ayuda en la parte de desarrollo físico y de una manera sana y saludable.
12. Acompañamiento a la mujer embarazada	• RMI6: asegurar que la maternidad sea atendida con propósito integral, con cuidados a la mujer, higiene alimentación, evaluación continua para que el embarazo sea de bajo riesgo, esto permite ofrecer un acompañamiento que ayude a identificar cualquier factor de riesgo a la nueva vida. • RMI8: El Estado participa con la garantía de un buen servicio médico gratuito, el acompañamiento que se les da con los programas de parto humanizado, lactancia materna entre otros quedan más vinculados dichos aspectos. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios.

13. Gratuidad de los servicios de salud	• RMI8: El Estado participa con la garantía de un buen servicio médico gratuito, el acompañamiento que se les da con los programas de parto humanizado, lactancia materna entre otros quedan más vinculados dichos aspectos. • RMI9: El Estado participa con consultas prenatales, control primario, gratuidad de los servicios. • EP12: Derechos humanos es atención médica.
14. Derechos humanos	• EP1: Derechos humanos son los derechos que tenemos todos los seres humanos. • EP2: No conozco nada sobre derechos humanos. • EP3: Los derechos humanos son el derecho que tiene cada uno. • EP4: No conozco sobre derechos humanos. • EP5: Derechos humanos es derecho a la salud, a conocer y a estudiar. • EP6: Derechos humanos es el derecho a la salud y no al maltrato. • EP7: No sé de derechos humanos. • EP8: Los humanos deben tener derechos. • EP9: Derechos humanos es decir nuestra opinión, es libertad y que todos somos iguales. • EP10: Derechos humanos es solidaridad. • EP11: Derechos humanos es respeto y humildad. • EP12: Derechos humanos es atención médica.

cado por BARRANTES Y CUBERO (2014).

Los programas de apoyo a la maternidad se ven respaldados por el MANUAL OPERATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA RUTA MATERNA (2022), que pretende coordinar, articular y gestionar las acciones intersectoriales para acompañar todas las etapas del embarazo, fundamentalmente, se observa como existen programas e intenciones dirigidas a este fin, pero sin encuentro verdadero, unas anteriores a ruta materna, unas dependientes del mismo Ministerio del Poder Popular para la Salud y algunas de otras carteras ministeriales.

El derecho a una maternidad feliz, se encuentra sustentado en lo establecido por la OMS/OPS sobre maternidad y maternidad segura.

La humanización del nacimiento tiene su apoyo legal en el plan nacional parto humanizado, creado por el gobierno venezolano en el año 2017, volteando la mirada a factores como la violencia obstetra de la que son víctimas las mujeres, sin embargo, para la fecha, aún es una demanda la humanización del momento del nacimiento. Se evidencia el reconocimiento de la política sobre el nacimiento humanizado.

El Estado venezolano es un garante de los

DDHH entre los que se encuentra la maternidad, sin embargo, no se identifican sus logros. Se resalta la gratuidad de los servicios, pero se reconoce la debilidad en ello. El conocimiento expresado tiene coincidencia con lo planteado en la Gaceta Oficial N° 41.564 de Ruta Materna (2022) y con los principios legales, sociales y éticos como sociedad.

En cuanto a la maternidad como derecho a la vida, se debe señalar que este hecho se encuentra establecido en la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999) y la OMS/OPS (2017).

La planificación familiar se asocia con el trabajo titulado «Programa para la salud sexual y reproductiva dirigido a estudiantes de secundaria de la unidad educativa Dr. «Anexo Rafael Guerra Méndez» (GUERRA 2012).

La maternidad y los beneficios socioeconómicos como derechos constitucionales están amparados en el artículo 76 de la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999).

La atención integral a las maternidad es un acto que coincide con BARRANTES Y CUBERO (2014), la maternidad segura de la OMS y la definición de ruta materna establecida en su gaceta oficial.

En lo referente al factor cultural que presenta la maternidad, debe señalarse que existe identificación y reconocimiento al natural hecho de la maternidad, coincidente con todos los programas de abrigo a la mujer que existen, como parto humanizado y ruta materna. Estos programas buscan reforzar elementos positivos que tiene la sociedad venezolana sobre la maternidad, por ejemplo, la lactancia materna exclusiva.

La maternidad en Venezuela se encuentra protegida y amparada en leyes venezolanas. Este hecho coincide con el trabajo realizado por TERÁN (2015) y ARRANZ (2017) y los conceptos de maternidad y maternidad segura de la OMS/OPS y ruta materna.

La gratuidad de la maternidad y otros servicios de salud coinciden con la promulgación de la salud como derecho humano en la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999), en su artículo 83 y la existencia de un sistema público nacional de sa-

lud en el país donde se ofrezcan los servicios y atenciones gratuitas.

La maternidad se encuentra enmarcada en los DDHH pese a que los informantes poco manejan información sobre esos derechos. Los elementos que se rescatan se vinculan con los aspectos generales de los DDHH establecidos en los pactos, convenios internacionales y la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999).

El funcionamiento operativo del nivel estatal de la ruta materna como estrategia de discusión y disertación se observa en la **tabla 2**.

Respecto a la operatividad de la ruta materna los actores estatales, en su totalidad, manifiestan no estar convocados para asumir las responsabilidades colegiadas que tienen en ruta materna, fracturando esto la definición de la estrategia ruta materna establecida en GACETA OFICIAL N° 41.564 (2022).

El MANUAL OPERATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Tabla 2. Funcionamiento operativo del nivel estatal de la ruta materna como estrategia de discusión/disertación	
UNIDADES TEMÁTICAS	DESCRIPCIÓN
1. Operatividad de la Ruta Materna	• RMI1: No conocemos la estrategia ruta materna, nunca hemos sido invitados a la coordinación estatal, desconocemos el funcionamiento operativo. Desconocemos la estructura de la estrategia de la ruta materna. • RMI2: Nosotros asistimos a actividades vinculadas con la maternidad, siempre nuestro enlace es con las enfermeras del hospital y con funda salud. • RMI3: No hemos sido convocados a reuniones operativas de ruta materna. • RMI4: La experiencia es exitosa. • RMI5: La experiencia es poca, hemos tenido presencia en los gabinetes sociales. No hemos sido convocados a una reunión de ruta materna. • RMI6: Ruta Materna es una estructura organizativa que indica a pasos, tipo mapa mental, el recorrido de la ruta de una embarazada para lograr la maternidad feliz. • RMI7: Funda salud a través de la coordinadora del programa tiene todo el espacio en nosotros para la operatividad de la estrategia. • RMI8: Nos vinculamos con la coordinación estatal en tanto somos parte del comienzo de la ruta.
2. Indicadores	• RMI1: No manejamos indicadores. • RMI4: hemos disminuido el índice de muertes Materno Infantil. Los indicadores son controlados mensualmente por el nivel nacional. • RMI5: No manejamos indicadores, tenemos experiencia en los pre-abordajes en los territorios. • RMI6: Materna crítica o vidas salvadas es un indicador que se reporta semanalmente al nivel nacional, el promedio mensual es de 2 a 3. • RMI7: No manejo al momento indicadores, pero la información se eleva mensualmente al nivel central. • RMI8: Sin información sobre indicadores. • RMI9: No manejo datos de indicadores, atendemos de forma integral.

3. Manual Operativo	• RMI1: desconocemos el manual. • RMI3: No conozco el manual operativo. • RMI4: No he revisado el manual operativo. • RMI5: Desconocemos el manual. • RMI6: Me parece que es hermoso el manual, didáctico, sencillo, pedagógico. • RMI7: No he revisado el manual. • RMI8: El manual es bastante completo, integral. • RMI9: No conozco el manual operativo. • RMI10: Me parece que el manual está muy bien, tiene muy buena información en cuanto lo que la lactancia materna y la ruta que sigue la mujer para poder llegar a la lactancia está muy bien explicada, muy bien especificada. • EP2: No sé nada sobre ruta materna. • EP3: No conozco ruta materna. • EP4: No conozco ruta materna. • EP5: No he escuchado de ruta materna. • EP6: No conozco ruta materna. • EP7: Nunca he escuchado sobre el programa ruta materna. • EP8: No he escuchado de Ruta Materna. • EP9: No he escuchado de ruta materna. • EP10: No he escuchado de ruta materna. • EP11: No sé de ruta materna.
4. Coordinación, vinculación, articulación	• RMI1: Una fortaleza de la estrategia ruta materna es que existe, la debilidad es que no se conoce, no hay vinculación. • RMI3: Hay poco vínculo de la estructura estatal. • RMI6: En el estado aún no hay vinculación verdadera entre los actores • RMI8: No manejamos agendas territoriales.
5. Responsabilidad de la maternidad segura y feliz	• EP2: El responsable de una maternidad segura y feliz es la familia. • EP3: La responsable de una maternidad segura y feliz es la madre que debe cuidarse y el centro de salud que debe orientar. • EP4: El responsable de que tenga una maternidad segura y feliz es el médico. • EP6: Los responsables de una maternidad feliz es el personal de salud del hospital. • EP7: La responsable de una maternidad segura y feliz es de la mujer. • EP8: Los responsables de una maternidad segura y feliz son los doctores. • EP9: El responsable de la maternidad segura y feliz es el papá del niño.
6. Miedo Obstétrico	• EP1: No me siento segura porque mi embarazo es de alto riesgo, mi médico tratante es privado, pero me refirió al hospital por tener una condición tiroidea y no tengo para pagar la cesárea en privado. En el hospital depende del médico del día, no siempre toca el mismo. Mi embarazo es complicado. Me da miedo el momento del nacimiento por ser en el hospital. • EP2: Me siento segura. El momento del nacimiento me dio miedo. • EP3: No me siento protegida por el médico, son varios que me ven, ni por el centro de salud. Mi embarazo es de alto riesgo. Mi embarazo es caótico por las condiciones que presento. Imagino el momento del nacimiento emocionante, pero tengo miedo. • EP4: Me siento protegida por mi médico y centro de salud. Me ven varios médicos, son buenos en la atención. Mi embarazo es tranquilo, me siento bien. Me imagino un parto natural. • EP5: Mi embarazo es de alto riesgo, me siento segura con mis médicos, pero en sala de parto es otra cosa. Me han tratado bien, aunque son varios médicos. Mi embarazo ha sido malo, desde el principio he estado angustiada, de reposo. Para el momento del nacimiento siento mucho miedo por mis pasadas experiencias, espero mi bebe nazca sano. • EP6: Me siento tranquila, he recibido la atención necesaria. Son varios médicos y eso no me hace sentir segura, unos días me tratan bien, me dan la información y otros no. Mi embarazo es muy riesgoso, no me he sentido bien. Espero que el momento del nacimiento de mi hijo sea normal y tranquilo, no estoy tranquila porque estoy lejos de mi casa y ni baños hay.

	• EP7: Me sentí segura y protegida. Me sentí en confianza con mi médico tratante. Me sentí mal en el momento del nacimiento, discutí con los médicos porque no me tomaban en cuenta durante el proceso del parto. El hospital no me gustó, los médicos salen hablando mal de las pacientes en sala de parto. • EP8: Me siento protegida por mi médico y el centro de salud. Me han atendido bien, en Guarapiche me atendieron varios. • EP9: Me siento protegida. Mi médico es perfecto, me controlo en el privado. Este embarazo es diferente, genial pero mucho malestar. Me siento nerviosa para el momento del nacimiento. • EP11: No me siento protegida. Me ha ido bien con mi médico. Para el momento del nacimiento me siento normal, tranquila. Espero que nazca rápido. • EP12: Me siento nerviosa por todo. Mi médico fue del Pilar, hice cinco consultas. Para el momento del nacimiento me siento contenta. Espero que la niña nazca bien.
7. Maternidad segura y feliz	• EP1: Una maternidad segura y feliz es cuando la madre está bien y sana. • EP2: Una maternidad feliz es que el bebé esté bien. • EP3: La maternidad segura y feliz es el apoyo que se da desde el nacimiento del bebé. • EP4: Una maternidad segura y feliz es con el amor familiar. • EP7: Una maternidad feliz es desde el deseo de tener un bebé. • EP9: Una maternidad segura y feliz es que nos protejan. • EP12: Una maternidad segura y feliz es estar con mi hija.
8. Condiciones materiales (logística de movilización, combustible, conexión a internet, ambulancias, especialistas, reactivos)	• RMI4: Se necesitan ambulancias, poder contar con movilización, el tema de la gasolina nos afecta, hay que garantizar los elementos logísticos. Graduar más calidad que cantidad. Adquirir equipo de alta tecnología. • RMI6: Se requiere formación a los coordinadores de las ASIC respecto a Ruta Materna. Se necesita de una estructura logística y poder tener autonomía en el manejo de los insumos que llegan para Ruta Materna. • RMI7: se debe fortalecer la atención primaria para desahogar al IIUAPA, atender el costo de las inmunizaciones. Recibimos apoyo de organismos internacionales como la OPS, la UNICEF con insumos y equipos.

DE LA ESTRATEGIA DE LA RUTA MATERNA (2022), hace referencia a once (11) indicadores que deben trabajarse por estado en ruta materna, son enviados mensualmente al nivel central por la coordinación regional de ruta materna. No obstante, los actores estatales manifiestan no manejar los indicadores, sin embargo, envían la información mensualmente a nivel central.

Los actores estatales manifiestan no conocer, ni haber leído el MANUAL OPERATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA RUTA MATERNA (2022), documento que contiene los objetivos y principios de coordinación, divulgación, sensibilización, formación, promoción y sistematización de la operatividad de la ruta previstos en el mismo.

En lo referido a coordinación, vinculación y articulación, se debe señalar que no están garantizados los principios de operatividad bá-

sicos establecidos en la Gaceta Oficial N° 41.564 de la RUTA MATERNA (2022), la definición de maternidad segura establecida por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017).

La información recibida de los informantes en cuanto al miedo obstétrico permite señalar que los mismos se expresan desde sus experiencias, las cuales están asociadas a una emoción, la cual coincide con el trabajo de ARRANZ (2017), sobre la sensibilización para el cuidado del embarazo / control pre natal, LÓPEZ (2015) sobre el autocuidado ante un control pre natal tardío y Venezuela (2012) sobre la medicalización de la madre.

La interpretación de la maternidad segura y feliz se relaciona con la definición de maternidad segura y feliz establecida en la gaceta oficial de RUTA MATERNA (2019) y el MANUAL OPERATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ES-

TRATEGIA DE LA RUTA MATERNA (2022). La Defensoría del Pueblo (2012), plantea una visión crítica, denunciando la alienación de la cual son víctimas las embarazadas durante el proceso de embarazo y nacimiento.

Una discusión sobre las condiciones materiales (logística de movilización, combustible, conexión a internet, ambulancias, especialistas, reactivos), comienza por señalar que la estrategia ruta materna, se coordina para dar respuesta oportuna y de calidad en todas las etapas del embarazo y hasta los dos (2) años de vida del bebé, lo cual supone que poner en práctica una estrategia, requiere contar con el soporte presupuestario y con recursos materiales tal como lo resalta D'ALESSIO (2008).

CONCLUSIONES

La estrategia de la ruta materna en el estado Sucre debe ser examinada por las autoridades de salud y responsables políticos de alto nivel.

Habilitar un espacio físico para el funcionamiento de la ruta, convocar, coordinar, informar, construir agendas de trabajo y hacer seguimiento.

La Universidad de las Ciencias de la Salud puede aportar desde la academia con seminarios, foros, talleres específicos sobre la estrategia.

La maternidad segura y feliz, según la percepción de la mayoría de las embarazadas y púerperas, recae en ellas y en el médico tratante, no institucionalizan la maternidad, no la asocian con el Gobierno.

Ruta materna es una estrategia garantista de DDHH, pero a cuatro (4) años de su creación, no se han generado las herramientas operativas y orgánicas necesarias para que garantice plenamente DDHH en el estado Sucre.

La educación en ruta materna y la promoción de su espíritu de protección integral debe ser

socializado en todos los niveles de acción y no de exclusividad a los equipos de salud, se debe incorporar al personal administrativo y obrero.

Priorizar la prevención y la promoción, buscando alto impacto y bajo costo y aprendiendo a gerenciar en crisis sin comprometer de plano el objetivo estratégico fundamental que es procurar una maternidad segura y feliz, por ello, la articulación entre los actores y la dirección estratégica del proceso se convierten en las herramientas esenciales para empezar a garantizar ruta materna.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud debe amalgamar todas las acciones o políticas que sumen a la estrategia de la ruta materna, involucrar al Ministerio del Poder Popular para la Educación, en tanto la salud sexual y reproductiva es un aspecto que se debe empezar a enseñar desde la educación inicial. Invitar a la transformación curricular con aspectos como éstos, cada vez más se hace una prioridad para el país.

Identificar a las mujeres embarazadas y en edad fértil como las actrices esenciales de la ruta materna, con significado, con cualidad y no como un mero indicador es fundamental para dar el salto cualitativo a las formas como se asume el derecho a la maternidad, pero no sólo eso basta, hay que hacerlas parte del proceso, que se sientan parte, con sus familias. No es estratégico implementar una estrategia cuyos actores desconocen de su existencia, y más aún, desconocen que son protagonistas de la misma. Las instituciones miembros de ruta materna, indistintamente si pertenecen o no a la cartera de Salud, deben tributar a la consolidación de la estrategia, como un todo entrelazado para un solo objetivo común.

Existe la necesidad de orientaciones operativas para la consolidación de la ruta materna en el estado Sucre, en torno a: derecho a la maternidad, maternidad segura y feliz, insti-

tucionalización y maternidad, planificación familiar, territorialización de la estrategia, planificación y articulación, miedo obstétrico y garantía de condiciones materiales, las cuales están soportadas en dos ejes transversales: sensibilización y empatía y funcionamiento orgánico de la estrategia.

Existe necesidad de orientaciones operativas para la consolidación de la ruta materna en el estado Sucre, en torno a: derecho a la maternidad, maternidad segura y feliz, institucionalización y maternidad, planificación familiar, territorialización de la estrategia, planificación y articulación, miedo obstétrico y garantía de condiciones materiales, las cuales pueden estar soportadas en dos ejes transversales: sensibilización y empatía y funcionamiento orgánico de la estrategia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁREA DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA. GACETA OFICIAL. 2022. N° 41.564, RESOLUCIÓN 007. (2022). Venezuela.

ARRANZ 2017. Evaluación de un programa de intervención prenatal en embarazadas con fetos pequeños para la edad gestacional. [Trabajo de grado para optar al título de doctor en Ciencias de la enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona]. España.

BARVOSA E. Y FERRACUTTI J. 2013. Controles prenatales en madres adolescentes. [Trabajo de grado, presentado para optar al título de licenciado en enfermería. Universidad de Cuyo], Mendoza, Argentina.

BARRANTES K. Y CUBERO M. 2014. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimb Lu*, 9(1): 29-42. <https://doi.org/10.15517/wl.v9i1.15248>

10.15517/wl.v9i1.15248

BEAUCHAMP T. Y CHILDRESS J. 1979. Principios de Ética Biomédica. B&Ch Publishing, EE.UU.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 1999. Venezuela.

D'ALESSIO, F. 2008. El proceso estratégico. Un enfoque de gerencia. 1^{ra} Edición. Editorial Centrum, Perú.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO 2012. El Parto y el nacimiento humanizado como derecho humano; un desafío para la transformación social. Fundación Juan Vives Suría. Coordinación de Publicaciones.

GUERRA I. 2012 Programa para la salud sexual y reproductiva dirigido a estudiantes de secundaria de la unidad educativa «Dr. Rafael Guerra» (Trabajo de Grado)-

HERNÁNDEZ R. 1991. Metodología de la Investigación. Hill Interamericana de México, México.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2012. Página Web Oficial: <http://www.ine.gov.ve/>

LA AGENDA 2030 Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. 2018. Disponible en: (<http://cepal.org/es/publications>).

LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. 1998. Venezuela.

LEY DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. 2007. Disponible en: (https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-2007.html).

LÓPEZ M 2015. Práctica de autocuidado de la gestante que acude tardíamente a control prenatal. (Trabajo de Grado).

- MANUAL OPERATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA RUTA MATERNA. 2022. Venezuela.
- MARTÍNEZ M. 2006. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Editorial Trillas. México.
- MATOS E., FUENTES H., MONTOYA J. Y DE QUESADA J. 2015. Didáctica: Lógica de investigación y construcción del texto científico. Disponible en: <http://www.unilibre.edu.co/images/publicaciones/ciencias/didactica.pdf> Consultado el 4.8.2021
- NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 2004. Gaceta Oficial N° 37.705. Venezuela.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 1948. Declaración universal de los derechos humanos. 1948.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES. 2015. Objetivos de desarrollo sostenible. Agenda 2030.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. Las prioridades de salud sexual y reproductiva. Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2017. Enfoque de derechos humanos puede ser un camino para reducir la mortalidad materna. Washington, D.C.
- RODRÍGUEZ A. 2019. Propuesta de mejora en la calidad del programa de control prenatal en los centros de salud de la jurisdicción 10. [trabajo de grado para optar al título de médico. Facultad de Medicina. Universidad Veracruzana], Veracruz, México.
- RUTA MATERNA. GACETA OFICIAL N° 41.564, RESOLUCIÓN 011. 2022. Venezuela.
- TERÁN P. 2015. Programa Preventivo para el embarazo en la adolescencia. [Trabajo de grado para optar al título de magíster en investigación educativa. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Carabobo]. Venezuela.
- UNFPA INFORME ANUAL. 2015. Por los pueblos, el planeta y la prosperidad. Fondo de Población de las Naciones Unidas, New York, EE.UU.