

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA
ASISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS DE ZONA DE DIFÍCIL ACCESO
AL HOGAR DE ESPERA MATERNA DE MICRORED LA PALMA EN EL
PERÍODO JUNIO - AGOSTO 2015**

Informe Final presentado por:

Willian Fernando Guillén Hernández

Antonia Lisseth Valle Villatoro

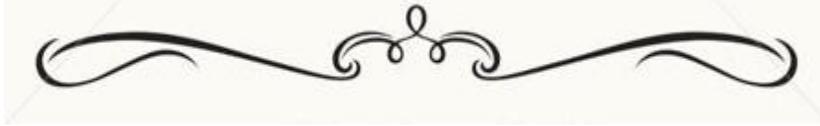
Carlos Emilio Hernández Mancia

Asesor:

Dra. Celina Yolanda Díaz García

San Salvador, 01 de octubre de 2015

AGRADECIMIENTOS



A Dios todopoderoso

Por brindarnos salud, sabiduría, éxitos y bendiciones.

A nuestras familias,

Que siempre nos han brindado su apoyo incondicional, por su fe y por creer en nosotros.

A nuestra asesora y maestra

Por su dedicación, esfuerzo y paciencia

A nuestros amigos y compañeros.

Con los que hemos caminado juntos en esta carrera.





DEDICATORIA

A mis padres y hermanas que siempre me apoyaron y confiaron en mí.
Carlos.

A mis padres y hermanos, y a mi tío Juan, quienes siempre me brindaron su apoyo.

Lísseth.

¡Simplemente, gracias familia!
Fernando

INDICE

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	6
III. OBJETIVOS	7
IV. MARCO TEÓRICO	8
1. <i>Embarazo/gestación.</i>	8
2. <i>Aspectos que influyen en el parto domiciliar.</i>	9
3. <i>Causas más frecuentes que dificulta el parto hospitalario.</i>	11
4. <i>Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.</i>	13
5. <i>Hogares de espera materna.</i>	14
6. <i>Características que debe tener un Hogar materno.</i>	16
7. <i>Funcionamiento del Hogar de Espera Materna.</i>	18
8. <i>Comité directivo de HEM.</i>	21
9. <i>Requisitos para la implementación de HEM.</i>	21
10. <i>Redes Integrales e Integradas de Servicios De Salud (RIISS)</i>	23
V. HIPÓTESIS	26
VI. DISEÑO METODOLOGICO	27
VII. RESULTADOS	34
VIII. DISCUSIÓN	52
IX. CONCLUSIONES	55
X. RECOMENDACIONES	58
XI. BIBLIOGRAFÍAS	60
XII. ANEXOS	61

I. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal y prospectivo con una muestra de tipo no probabilística con 35 embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso de Microred La Palma, Chalatenango, la cual está conformada por los municipios de San Ignacio, Citalá y La Palma; con el objetivo general de identificar los factores socioculturales y económicos que contribuyen a la asistencia al Hogar de Espera Materna por parte de las embarazadas, durante el período de Junio – Agosto 2015. La información fue recopilada por medio de un cuestionario elaborado con preguntas semicerradas y autocomplementado, encontrándose entre los principales resultados: El número de embarazadas que se inscribieron en el control materno proveniente de zonas de difícil acceso fueron 65. Solamente 35 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra. La edad de la mayoría de las embarazadas en estudio, se encontraban entre las edades de 20 a 29 años, que representó el 54% (19 embarazadas), el 37% (13 embarazadas) eran primigestas, el 34% (12 embarazadas) tenían de 1 a 2 hijos. De estas, el 66% (23 embarazadas), habían tenido partos institucionales. Al indagar sobre los motivos por los que las embarazadas tuvieron partos no institucionales, el 42% (5 embarazadas) aludieron que el motivo del parto extra hospitalario fue porque les quedaba lejos el hospital. La distancia promedio a recorrer para llegar al Hogar de Espera Materna (HEM) es de 20 a 30 kilómetros.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten concluir que las percepciones alrededor de la estrategia del HEM es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia, en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión. No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres, con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas, con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso a un medio de transporte, por citar algunos, pero que son indicadores sensibles del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, lo que le convierte en un evento centinela excelente para evaluar el acceso y la calidad de la atención obstétrica en los servicios de salud.

Palabras clave: Hogar de Espera Materna, parto institucional, zona de difícil acceso, Micro red.

II. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, a pesar de haberse reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos del acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. La creación de los Hogares de Espera Materna en El Salvador constituye una estrategia para salvar la vida de las madres y sus recién nacidos, y tienen como propósito superar las barreras geográficas, económicas, culturales, entre otras; brindando alojamiento, alimentación y promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la embarazada, facilitar el acceso a los servicios de salud de primer o segundo nivel de acuerdo a las necesidades con el propósito de evitar las complicaciones o muertes tanto a la madre como al recién nacido.

Los riesgos obstétricos así como los partos domiciliarios siguen presentándose a pesar de la aplicación de los programas de atención materna que brinda el Ministerio de Salud, dentro de los cuales se encuentra hogares de Espera Materna, tomando en cuenta lo anterior, se decidió realizar el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo general es identificar cuáles son los factores socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de zona de difícil acceso al hogar de Espera Materna de la Micro red La Palma en el periodo Junio-Julio 2015. El estudio será de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. La información se obtendrá a través de la técnica de la encuesta y la muestra no probabilística, la constituirán 65 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

El Salvador actualmente tiene un clima social y político único, factores socioeconómicos y culturales como la desintegración familiar; las maras, drogadicción, hacinamiento, maltrato, violencia intrafamiliar, machismo, abuso sexual, creencias y mitos, desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia pudieran limitar el acceso a los servicios de salud implementados para las embarazadas provenientes de zonas con alto índice de criminalidad o geográficamente distantes. Por lo que se espera que la información obtenida con esta investigación ponga en evidencia la deficiente promoción y educación en el tema de la salud sexual y reproductiva; a la vez resaltar la importancia de implementar innovadoras estrategias, con participación de todos los sectores públicos (institucionales e intersectoriales) y privados, encaminadas a una adecuada orientación responsable de los temas de salud sexual y reproductiva y que influyan en la mejora del Hogar Espera Materna.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Identificar factores socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de zona de difícil acceso al Hogar de Espera Materna de Microred La Palma en el periodo Junio- Agosto 2015.

2. Objetivos específicos

- 2.1 Determinar el número de embarazadas que se inscribieron en el control materno proveniente de las zonas de difícil acceso de la Microred La Palma durante el periodo Junio- Agosto 2015.
- 2.2 Definir la edad de las embarazadas en estudio.
- 2.3 Investigar los factores socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de zona de difícil acceso al Hogar de Espera Materna de la Microred La Palma.
- 2.4 Identificar las zonas de procedencia de las embarazadas.
- 2.5 Investigar el grado de conocimiento que tienen las embarazadas sobre la estrategia del Hogar de Espera Materna.

IV. MARCO TEÓRICO

1. *Embarazo/gestación.*

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días (de 37 a 40 semanas, aproximadamente unos 9 meses). Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas.

La gestación es un proceso fisiológico que con cierta frecuencia, puede sufrir alteraciones, por lo que se aceptan universalmente, una serie de cuidados y observaciones, encargadas de prevenir o diagnosticar precozmente dichas alteraciones. La mayoría de los embarazos no presentan patologías, pero el embarazo es una etapa, de gran vulnerabilidad, tanto para la madre como del producto. El 90% de la morbi-mortalidad materna y perinatal es debida a: alteraciones genéticas y malformaciones del feto, parto pre término, pre eclampsia e insuficiencia placentaria, trastornos endocrino-metabólicos (diabetes gestacional y trastornos de nutrición). *

La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado. ** Identificar los factores de riesgo relacionados con el embarazo, y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada, permitiendo que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo, debe ser el punto final primario de todas las políticas de intervención en este grupo poblacional.

* X. López Álvarez, A. Martínez Vidal. Embarazo guías clínicas 2005; 5 pág. 1, centro de atención familiar. España. www.fisterra.com. 10 de junio del 2011.

** Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1996. Departamento de investigación y salud reproductiva. pág. 6, 10 de junio de 2011.

2. Aspectos que influyen en el parto domiciliar.

2.1 Aspectos culturales.

La percepción que la comunidad tiene de los servicios de salud, y la voluntad de mantener ciertas prácticas culturales alrededor del parto (que a menudo son rechazadas por los proveedores en los servicios) obstaculizan el acceso a atención calificada.

Muchas mujeres expresan haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas. Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de la mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de la madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Se valoran los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar.

Hay mujeres que prefieren el parto en casa con el fin de involucrar a sus esposos en el evento, argumentando que de esta manera podían establecer vínculo afectivo tanto de pareja, como con su hija/o.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidencia una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además la inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Varias de estas percepciones se basan en experiencias previas negativas vividas en los hospitales, incluyendo las cesáreas.

Las dificultades de comunicación entre el personal de salud y las usuarias gestantes, limitan la solución adecuada a la demanda e incluso ponen en riesgo la vida misma. La expresión práctica de esto se encuentra en la incapacidad para escuchar y valorar adecuadamente las afirmaciones de las mujeres y sus motivos de consulta, incluso las mujeres tienden a subvalorar lo que están sintiendo cuando no coinciden con las indicaciones que le han dado quienes detentan el conocimiento.

Lo anterior tiene raíz en la prevalencia de concepciones y creencias sexistas que se reflejan en las actitudes, comportamientos y decisiones médicas.

Cuando las mujeres expresan ser objeto de prácticas médicas no consultadas o no compartidas (cesáreas por ejemplo), se está evidenciando la imposibilidad de concertar y ser partícipe activo en las decisiones que le atañen.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos aparecen con mucha fuerza, las mujeres expresan sentir pánico de lo que les pueda suceder en un hospital y se manifiesta en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantean la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud acerca de las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

Algunas mujeres acuden al hospital, y una vez examinadas son devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días) para el parto. Según los relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a la casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres.

2. 2. Aspectos económicos.

La barrera económica limita el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud. Las mujeres tienen conocimiento de los costos del pasaje, ya sea transporte público o privado para asistir al parto en un hospital (aunque la atención del parto en si es gratis) y expresan imposibilidad de pagar. Los ingresos familiares se encuentran muy lejos de cubrir los costos del transporte hacia el hospital más cercano.

2. 3. Aspectos geográficos.

La falta de transporte en sitios alejados determinó el evento en algunos casos, manifestándose los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de estos sectores para buscar la atención calificada del parto.

Existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención calificada del parto, no solamente porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores, sino porque en las zonas alejadas el personal de salud en ejercicio tiene menos calificación y recibe poca o ninguna capacitación y supervisión.

En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos.

En ciertos contextos donde la familia y la comunidad proporcionan escaso apoyo a la maternidad, el bajo empoderamiento de la mujer y el limitado acceso a los recursos familiares, impide que ésta se movilice en búsqueda de asistencia calificada durante su embarazo, parto y posparto.

3. Causas más frecuentes que dificulta el parto hospitalario.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia del parto domiciliario y que a su vez son barreras para la atención del parto intrahospitalario; entre los que se pueden mencionar los siguientes:

3.1. Factores Personales: como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de “no unida” , el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

3.2. Factores de la Atención Prenatal: El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas domiciliarias y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal.

3.3. Factores Institucionales: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de atención del personal de salud a las pacientes posterior al parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

3.4 Otros aspectos que dificultan el parto domiciliar:

Otros de los factores identificados como barreras culturales y de comunicación que obstaculizan la llegada de las mujeres a los servicios de salud son:

- El temor a que “Las unan o las operen” (Episiotomía o Cesárea)
- Pudor (falta de batas y cobertores)

- Temor a la camilla (demasiado alta, inclinada o angosta)
- Maltrato y discriminación
- El lenguaje técnico (poco comprensible) empleado por el personal de salud
- La existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias
- Alta precoz luego del parto
- La soledad durante la hospitalización (restricción por horario de visita y de la presencia de familiares)

La atención del parto por personal no calificado (principalmente familiares y parteras empíricas), es también un grave factor de riesgo agregado al parto en domicilio.

La adaptación cultural de los servicios, o de determinados componentes de los mismos, se plantea como una solución práctica y efectiva para superar las barreras culturales al acceso a la atención calificada. La adaptación de las salas de parto, por ejemplo, puede promover que las gestantes de las zonas rurales más excluidas accedan a los servicios de salud con confianza y seguridad, y reciban atención de calidad con pleno respeto a sus derechos y valores culturales.

Una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes lleva a un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato o de ambos lo cual está en contraposición con el parto limpio y seguro.

La atención del parto por personal calificado es el punto central en la lucha contra la mortalidad materna. Sin embargo, hay que tener siempre en cuenta que el embarazo, el parto, el nacimiento y el puerperio son eslabones inseparables de una cadena asistencial, la etapa perinatal, y que por tanto la calidad de atención debe estar presente en todo el proceso.

4. *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.*

4.1. Situación actual

En la Microred La Palma, según el Sistema de Morbimortalidad en Línea, en lo que va del año, ha habido 8 partos extrahospitalarios y 6 muertes infantiles correspondientes al Microred La Palma.

4.2 Propuesta

La mortalidad y morbilidad materna evitable que existen actualmente son expresión de inequidad y desigualdad y de falta de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores clave que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. Algunas de ellas son la organización de los servicios de salud para mejorar los servicios para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención antes del embarazo, en el período prenatal, en el parto y el puerperio. Con este Plan de Acción se abordan directamente elementos críticos que pueden ayudar a prevenir las muertes maternas y la morbilidad grave.

El Plan de Acción tiene como objetivos generales los siguientes:

- Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna,
- Prevenir la morbilidad materna grave, y
- Fortalecer la vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas.

El Plan se ejecutará entre el 2012 y 2017. Mediante el fortalecimiento de las alianzas a diferentes niveles, como por ejemplo con el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, las sociedades científicas, las revistas académicas y la sociedad civil.

Área estratégica: Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.

Objetivo: Contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.

Intervenciones de impacto

Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal. Hogares maternos, cuando sea apropiado.

Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas. Asegurar la derivación y contra derivación oportunas. Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.

5. Hogares de espera materna.

Los Hogares de Espera Materna se constituyeron en una estrategia en atención primaria en salud (APS), para muchos países en el mundo, y sobre todo para las naciones en vías de desarrollo, donde la incidencia y prevalencia en morbi-mortalidad materna y perinatal y atención de parto domiciliar es alta.

Países como Ghana, Laos, Colombia, Cuba, Zambia y Perú también han implantado esta estrategia de gestión comunitaria para combatir la Mortalidad materna e infantil, los resultados de estas experiencias son variables en cada país.

En América Latina varios países cuentan con programas de este tipo. Nicaragua posee características demográficas y de desarrollo casi similares a las de El Salvador, ambas naciones tienen en común que la mortalidad materna es uno de los grandes desafíos en salud pública.

La mortalidad materna afecta mayormente, a las mujeres de escasos recursos económicos y con profunda crisis social, que viven en el área rural y en condiciones de desigualdad de género. Muchas de ellas pertenecen a población en pobreza extrema y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no son deseados. La sobrevivencia de la mujer y el niño, y la atención del parto por personal calificado, así como las capacidades de respuesta de las instituciones ante la presencia de complicaciones obstétricas, existe una fuerte asociación entre ellas. Lo anterior requiere de un esfuerzo conjunto entre las mujeres, la familia, las comunidades, la sociedad civil, los gobernantes y otras instituciones no gubernamentales, para responder con intervenciones que contribuyan a una maternidad saludable.

Es por ello que desde el año 2007 en El Salvador se ha puesto en marcha el programa Hogar de Espera Materna (HEM), cuya finalidad es romper la barrera de la inaccesibilidad geográfica para la atención médica, y con ello contribuir a la

disminución de índices de morbi-mortalidad materna y perinatal. Se implementó el primer centro de atención a la mujer gestante en el municipio de Perquín, Morazán. Hasta el periodo de agosto de 2011 se cuenta con doce centros de atención en los municipios que comparten características similares de pobreza e inaccesibilidad geográfica.

El Hogar de Espera Materna (HEM) es una instalación comunitaria cuya función principal es el alojamiento temporal de las gestantes con riesgos obstétricos, originarias de comunidades rurales pobres y con difícil acceso a los servicios de salud donde se facilita el parto limpio, de preferencia institucional y se proporciona la atención del postparto ya sea normal o complicado.

El Hogar de Espera Materna puede ser o no parte de la red de servicios del MINSAL pero trabaja en coordinación con la red de establecimientos de salud del Área Geográfica de Influencia (AGI) y su administración estará a cargo de una entidad natural o con personería jurídica, integrada democráticamente por diversos actores de la comunidad.

5.1. Propósito

Contribuir a la disminución de la Morbi-mortalidad Materna y perinatal.

5.2. Objetivo

Propiciar la atención integral de las gestantes que demanden o sean referidas a los Hogares de espera materna (HEM), garantizándoles el alojamiento y la promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la pareja.

5.3. Principios

5.3.1. Gratuidad del servicio:

La gestante no pagará los servicios brindados en el HEM, sin embargo podrá proporcionar de acuerdo a su disponibilidad.

5.3.2. Solidaridad de la sociedad civil:

Se pondrá en funcionamiento la capacidad de los diferentes actores sociales de organizarse, aportar y gestionar los recursos necesarios, con la finalidad que las gestantes reciban los servicios de salud de forma oportuna.

5.3.3. Colaboración interinstitucional:

El HEM establecerá coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas, nacionales e internacionales, intra e intersectoriales a fin de garantizar los recursos necesarios para la Atención Integral de la población ingresada en dicho establecimiento.

5.3.4. Universalidad:

El HEM dará alojamiento y alimentación a toda gestante o puérpera, procedente de áreas de difícil acceso, sin distinción social, política, religiosa y cultural.

La operatividad del Hogar de Espera Materna (HEM), tiene como marco las políticas, programas, normas, guías y procedimientos de atención en salud, dentro de un modelo de atención centrado en las personas, con un enfoque de servicios integrales e integrados a favor del bienestar sanitario de la población.

6. *Características que debe tener un Hogar materno.*

6.1. Ubicación Geográfica

El Hogar Materno para que contribuya exitosamente a mejorar la salud de las mujeres y del recién nacido, debe estar situado al lado de un Hospital que cubra una importante población rural o peri urbana marginal y donde los problemas del transporte y largas distancias hagan que caso con complicaciones lleguen tardíamente al Hospital

6.2. Tipo de atención que se brinda

El Hogar Materno debe estar integrado al primer nivel de atención, formando parte de una red integrada de servicios de salud

El equipo de salud (Médicos, obstétrica, enfermaras, auxiliares, agentes de salud) y los fuerzas vivas de la comunidad que interviene tradicional mente en la atención de la población tiene que ser incorporados al funcionamiento de la institución y estar entusiasmados con la idea del Hogar y con la ventaja que este represente para la población local

6.3. Plantel físico

La construcción debe ser sencilla, barata y parecida a los hogares habituales de la población local, y no debe representar una carga onerosa para el sistema Local de salud en su operación y mantenimiento. En la mayoría de los países que cuenta con esta institución, los Hogares disponen de dormitorios y de un ambiente común para desarrollar actividades de educación para la salud, participación comunitaria y manualidades, con la posibilidad de desarrollo talleres, seminarios o encuentros.

En algunos de los casos se debería considera la disponibilidad de algún espacio adicional para alojar a familiares, también se dispondrá de una cocina, baños y facilidades para el lavado y secado de la ropa. Este Hogar deberá contar con un espacio especial destinado a exámenes clínicos, consultas y toma de muestra de laboratorio.

6.4. Funcionamiento y responsabilidades.

El Hogar materno debe estar vinculado al Hospital, el cual se responsabilizara en parte de su funcionamiento y supervisión. Los familiares de las gestantes deben hacer su aporte, siempre sea posible, para el mantenimiento y funcionamiento del hogar. Las gestantes en el Hogar deben ser visitados diariamente por el personal de salud del Hospital, quien completara los registros correspondiente a las intervenciones realizadas en la Historia clínica perinatal

6.5. Participante de la comunidad

La integración exitosa del concepto de Hogar Materno exige el compromiso de la comunidad a lo largo de la planificación, La implementación y la evaluación del proyecto. Este compromiso de la comunidad es un proceso continuo que consiste en varias fases, más que un evento o una actividad aislada. La comunidad debe tener una participación activa desde los primeros momentos en que se planee el Hogar Materno. Es habitualmente la ayuda y el entusiasmo de las organizaciones sociales locales quienes garantizan el éxito del proyecto al cumplir con diferentes responsabilidades en el mismo.

Un elemento clave en la instrumentación exitosa de este concepto de participación de la comunidad es el logro de una reacción de respeto mutuo y de cooperación entre esta y el personal del servicio de salud vinculado al Hogar Materno y al Hospital.

Las comunidades potencialmente usuarias del Hogar Materno, al integrar con sus representantes el comité de Apoyo, deberán iniciar un proceso de difusión y apoyo a lo propuesto en sus poblaciones, de acuerdo a un plan de trabajo.

6.6. Pasos en la instauración de un Hogar Materno

Los países que han tenido alguna experiencia similar, refieren que el punto de partida ha sido algún personal de salud u organizaciones sociales o religiosas que comprenden la necesidad del Hogar Materno, convirtiéndose en líder de la idea con la que motiva a las organizaciones comunales y a los sistemas locales de salud a organizarse en un comité de Apoyo al Hogar materno. A partir de esta movilización comienza la etapa de adaptación o construcción de un Hogar, La Casa, el terreno que deberán estar lo más cercano posible al Hospital puede ser brindado por el propio hospital, la municipalidad o alcaldía o bien donado o adquirido por el comité de Apoyo. La comunidad podrá organizar tómbolas, ferias y festivales para recaudar dinero con este fin. Los materiales y la fuerza laboral deben ser aportados con la ayuda de la comunidad. Durante este tiempo se trabajara paralelamente con el personal del sistema Local de Salud que interactuara con la población rural o urbano marginal, informándoles sobre las funciones y características del Hogar Materno un aspecto determinante de un Hogar Materno es además, establecer un vínculo con el Hospital vecino. En definitiva el Hospital va ser el responsable de una parte importante del funcionamiento del Hogar, por lo tanto su dirección, el personal del departamento de Obstetricia, Neonatología y el Servicio Social deben ser motivados sobre la importancia preventiva, educativa y humana que tiene un establecimiento de este tipo en la comunidad.

La inauguración del Hogar fue un acto de trascendencias social y política, por lo tanto se aprovechó esta oportunidad para hacer una movilización de la comunidad, sobre todo de los sectores claves que colaborarán en su funcionamiento y permitirán el mantenimiento de la institución.

7. *Funcionamiento del Hogar de Espera Materna.*

7.1. Criterios de admisión

Los criterios que a continuación se enumeran, a título de ejemplo, deberán tenerse en cuenta para facilitar el cálculo de la demanda potencial del Hogar Materno y planificar las Necesidades locativas del mismo Habitualmente las gestantes ingresadas a un Hogar Materno residentes en una área rural o peri urbana marginal presentan determinados factores de riesgo tales como el nivel socio económico bajo, limitada accesibilidad geográfica, u otros que hacen sospechar la necesidad de cirugía, o de

sangre o hemoderivados en el momento del parto, o que presentan complicaciones graves de la gestación que puedan requerir tratamiento especial

Como ejemplo se mencionan algunos factores que puedan ser motivo del ingreso de una gestante al Hogar materno.

Antecedentes de:

- Cesárea previa
- Ruptura uterina
- Muertes Fetales o neonatales
- Parto prolongado o difícil
- Parto prematuro
- Bajo de peso al nacer
- Atonía uterina

Embarazo actual:

- Gran multiparidad
- Embarazo gemelar
- Embarazo en adolescentes
- Primigestas añosas
- Sospecha de desproporción céfalo pélvica
- Lugar de residencia que dificulta el acceso a los servicios de Salud.
- Largas distancias o falta de transporte

Estos criterios de ingreso son válidos tanto para los gestantes que viven en áreas rurales como para las que viven en áreas urbanas marginales.

7.2. Atención a los gestantes

Una enfermera u otro personal del Hospital visitan diariamente a las mujeres, controla la salud de las que lo requieran, se ocupan de alguna labor administrativa y orienta laborales manuales, actividades recreativas y educativas. Esta persona u otra que designe la comunidad funcionaran como Jefe Administrativo del Hogar. Durante la noche una persona no necesariamente del sector salud, debe quedar vigilante en el Hogar para atender la necesidad de traslado de las gestantes o alguna otra eventualidad. Está persona puede ser un sereno, una auxiliar de enfermería, u otra persona de la comunidad. Él traslado al hospital debe estar bien organizado puesto que pueda ser necesario en cualquier hora del día o de la noche.

7.3. Alimentación en el hogar

En algunos hogares la alimentación puede estar a cargo de la propia familia que aporta la comida y otros elementos. En otros, esta puede provenir de un fondo recaudado por el Comité de Apoyo, el que pueda incrementarse con donaciones, venta de artículos fabricados en el hogar, aportes de la familia, etc. El Hogar Materno puede contar con un huerto para ser cultivado por los familiares o por la comunidad. Otra posibilidad es que la alimentación pueda ser aportada por el Hospital. Es habitual que las mujeres hospedadas preparen sus alimentos, laven su ropa y atiende la limpieza según sus posibilidades o apoyados por alguna persona de la comunidad.

7.4. Actividades recreativas y educativas

Las actividades de educación en salud, la selección y capacitación del personal destinado a este fin, así como la atención de las gestantes es responsabilidad Hospital. También debe ocuparse del traslado y la atención adecuada en el momento necesario.

La permanencia de las mujeres hospedadas deben ser aprovechada para actividades educativas, las que deberán ser llevadas a cabo por el personal local se hace énfasis en las actividades de educación para la salud para lo cual se deberá entrenar al personal disponible. Frecuentemente se brindan actividades educativas referentes a la higiene personal, ambiental, alimenticia, cuidado de la salud cuidado del recién nacido y métodos anticonceptivos.

El Hogar, visitado por maestras y educadores que han sido movilizados por las organizaciones que apoyan la institución, podrá programar diferentes actividades colectivas, recreativas y educativas, que tratan de promover el desarrollo de diferentes habilidades.

7.5. Actividades preventivas

La oportunidad de controlar a las gestantes de riesgo durante el embarazo o post parto, permite prevenir, detectar y tratar complicaciones y prevenir daños. Además, durante su estancia la gestante, podrá adquirir una serie de nociones y habilidades que le permiten prevenir enfermedades y mejorar su salud y la de su hijo durante su estancia se le ofrecerá a la mujer consejería en anticoncepción, oferta de métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual

7.6. Costo efectividad de los Hogares Maternos

El presupuesto para el funcionamiento y mantenimiento del Hogar Materno tiene varias fuentes. Una puede corresponder a donaciones, venta de productos o recaudaciones periódicas, mientras que otras porciones podrán provenir del presupuesto del sector de salud

En algunos de los países donde se han desarrollado experiencias similares se ha observado que los días de hospitalización y los gastos hospitalarios son sensiblemente menores en aquellas gestantes de alto riesgo obstétrico y social que han utilizado el hogar materno.

No puede medirse en términos de dinero el daño social que representa una muerte materna o perinatal y los trastornos y sufrimiento que acarrear muchas formas de morbilidad de la madre y del niño y que puedan evitarse mediante la utilización de Hogar Materno

La importancia de esta institución, como una vía más para la reducción de la mortalidad materna, la morbilidad materna extremadamente grave y perinatal ha sido enfatizada en varias reuniones internacionales y publicaciones

8. *Comité directivo de HEM.*

Sera una instancia formada en el municipio donde se encuentra implementado el HEM, y estará integrado por:

- Director de la unidad de salud.
- Jefe de enfermeras de la Unidad de Salud.
- Supervisor específico o promotor de salud.
- Representante del gobierno local (Alcalde o su delegado)
- Representante del comité de salud.
- Dos miembros fundadores del HEM.
- Dos miembros honorables de la sociedad civil.

9. *Requisitos para la implementación de HEM.*

Un HEM podrá implementarse si cumple con la mayoría de los siguientes requisitos.

- Población con limitado acceso geográfico a los servicios de salud de 1° y 2° nivel.
- Disponibilidad de terreno y/o infraestructura para instalar el Hogar de espera materna, demostrable a través de escritura pública o como dato ya sea a la municipalidad o MSPAS.

- De preferencia se debe contar con una propuesta técnica y financiera de la instalación y funcionamiento del HEM.

A demás, se requiere dentro de la infraestructura:

Ambientes físicos deseables:: Área de dormitorios con privacidad, sala de espera, salón de usos múltiples, áreas administrativas, cubículo para evaluación médica, cocina, comedor, área de lavandería, servicios sanitarios, baño, área de estacionamiento con el acceso para ambulancias por si se requiere o se tiene disponible.

- El diseño arquitectónico sugerible es en forma de U.
- La casa debe tener ventilación e iluminación natural en su construcción para minimizar costos
- La capacidad del Hogar de Espera Materna va a depender de la población demandante del área rural, oscilando de 5 hasta 15 camas en municipios cuya población oscila de 20,000 a 50,000 habitantes.
- La construcción debe ser de una sola planta o nivel para permitir el desplazamiento de las gestantes. En las zonas donde las construcciones son altas deben usarse rampas con pasamanos.
- Las puertas y baños deben de abrirse hacia fuera y que éstos últimos tengan pisos antideslizantes.
- Las instalaciones deben tener fosa séptica disponer de agua, ya sea de pozo, pila o tanque elevado.
- En el caso que no haya local disponible para el funcionamiento del Hogar de Espera Materna, se debe preparar el proyecto requerido por el FISDL u otro organismo de cooperación vinculado a la salud que apoye la iniciativa de la salud materna e infantil.
- Para preparar el proyecto para el FISDL u otras agencias donantes, el HEM deberá cumplir con los criterios de selección detallados en el presente manual.

9.1. Equipamiento mínimo.

Área administrativa:

- Escritorio para el coordinador (a)
- Silla secretaria
- 2 Sillas plegables para la usuaria y el familiar
- Maquina mecánica de escribir o una computadora
- Archivador
- Papelería de oficina
- Material ilustrativo para educación en salud.
- Papelera
- Sello de “Hogar de Espera Materna”

Dormitorio:

Con capacidad de 5 a 15 camas (dependiendo de la población) para gestante con divisiones individuales.

- Sillas
- Mesas de noche
- Ventiladores de techo
- Depósitos para ropa sucia (Madre y recién nacidos)
- Basureros.

10. *Redes Integrales e Integradas de Servicios De Salud (RIISS)*

Son redes conformadas por las diferentes dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS, y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente y cuya finalidad es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades,

rehabilitación y cuidados paliativos, desarrollando su trabajo en una población definida, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida y que además trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinantes de la salud.(OPS 2010)

Microred, es la organización operativa de los actores locales en salud que permite el funcionamiento acorde a las necesidades municipales o intermunicipales, a partir de los recursos disponibles, facilitando el flujo constante de información para la toma de decisiones a nivel del territorio, de esta forma se responde a las necesidades de cada realidad local. La Microred La Palma está constituido por los municipios de La Palma, San Ignacio y Citalá.

La Microred según su área de responsabilidad puede ser:

Microred municipal: conformada por los Hospitales, si existen en el área de responsabilidad, las UCSF Básica, Intermedia y Especializada, Hogares de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, Casas de Salud, en caso de contar con éstas, así como la sede del promotor(a) de salud o del Ecos Familiar, en el municipio. Las comunidades o municipios que por accesibilidad geográfica se deban incorporar a otro municipio o departamento, formarán parte de la Microred municipal del municipio o departamento donde se han asignado.

Microred Intermunicipal: conformada por los mismos establecimientos de salud que la Microred municipal, la diferencia consiste en que lo conforman dos o más municipios, que por accesibilidad y tamaño, se agrupan en una sola Microred.

V. HIPÓTESIS

“Existen factores socioculturales y económicos asociados a la poca asistencia de las embarazadas proveniente de las zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna” de la Microred La Palma durante el periodo comprendido de Junio-Agosto de 2015.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

- **Tipo de estudio:**

Se trata de descriptivo transversal y prospectivo.

- **Periodo de investigación:**

Junio-Agosto de 2015

- **Universo:**

Embarazadas provenientes de las zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna” de la micro red La Palma durante el periodo comprendido Junio-Agosto de 2015. **U: 65**

- **Muestra:**

Fue de tipo no probabilística, seleccionada según el criterio del grupo investigador e igual al Universo. **M: 35**

- **Criterios de inclusión de la muestra:**

- a) Que esté embarazada.
- b) Que esté inscrita a los controles prenatales
- c) Que viva de forma permanente en zonas de difícil acceso y pertenezcan a la Microred La Palma.
- d) Que quiera participar en la investigación
- e) Que esté mentalmente apta para participar en la investigación

- **Criterios de exclusión:**

- a) Que no esté embarazada
- b) Que no viva de forma permanente en las zonas de difícil acceso y no pertenezca al área de atención de la Microred
- c) Que no quiera colaborar
- d) Que no esté mentalmente apta.

- **Variables:**

a) Dependiente: Mujeres embarazadas

b) Independiente: Factores Socioculturales y económicos

Nivel del conocimiento sobre estrategia de la CEM

- **Cruce de Variables**

CRUCE DE VARIABLES	
MUJERES EMBARAZADAS VRS.	FACTORES SOCIOCULTURALES:
	a) Estado civil
	b) Nivel de escolaridad
	c) Apoyo familiar
	d) Práctica de una religión
	e) Nivel de conocimiento sobre la Estrategia HEM

9. Fuente de información

a) Primarias:

1. Ficha de inscripción materna
2. Cuestionarios

b) Secundarias:

1. Expediente clínico
2. Controles prenatales
3. Ficha de revisión bibliográficas

10. Técnica de recolección de información

1. Encuesta
2. Revisión bibliográfica

11. Herramientas de recolección de información

Cuestionario elaborado con preguntas semicerradas y autocomplementado.

12. Procedimiento y análisis de la información

Una vez obtenida la información se analizó y se clasificó con ayuda de los paquetes informáticos como Windows office y el método de palotes, para la mejor comprensión de los datos se graficaron y tabularon con ayuda de programas informáticos como Word, Excel

Tabla 1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	VALORES
1.Embarazadas		Mujer que lleve en el útero un embrión o feto producto de la fecundación del ovulo con espermatozoide	Mujer que lleve en el útero un embrión o feto producto de la fecundación del ovulo con espermatozoide.	Numero de embarazadas inscritas por mes.	Numeral	Frecuencia en Junio Frecuencia en Julio Frecuencia en Agosto
2.Edad		Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad en años cumplidos	Intervalar	15- 19 años. 20- 29 años 30 – 40 años
3.Lugar de Procedencia		Punto de origen de una persona.	Punto de origen de una persona.	Lugar de residencia	Nominal	1. Nombre de la comunidad de residencia.
4.Factores Socioculturales y económicos	1.Factores socioculturales	Elemento que contribuye a cualquier proceso o fenómeno relacionado con aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad.	Elemento que contribuye a cualquier proceso o fenómeno relacionado con aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad.	a) Estado civil	Nominal	1.Casada 2.Acompañada 3.Soltera 4.Otro
				b)Nivel de Escolaridad	Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Otros
				c)Practica de una religión	Nominal	1. Católica 2. Evangélica. 3. Testigo de Jehová
				d) Apoyo familiar	Nominal	1.conyugue 2.Encuestada 3.Ambos 4.Suegros 5.Padres
				e) Toma de decisiones en el hogar	Nominal	1.conyugue 2.entrevistada 3.ambos 4.padres 5.suegros
				f) Número de hijos	Numeral	1.1 2.2 3.3 4.4 5.>5 6.ninguno

				g) Utilización de métodos de planificación	Nominal	1.Si 2.No
				h) Parto extrahospitalario.	Nominal	1..Si 2.No
				i) Motivo del parto extrahospitalario.	Nominal	1.partera en la comunidad 2.Partoextrahospitalario previo 3. Inaccesibilidad al hospital

Tabla 2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

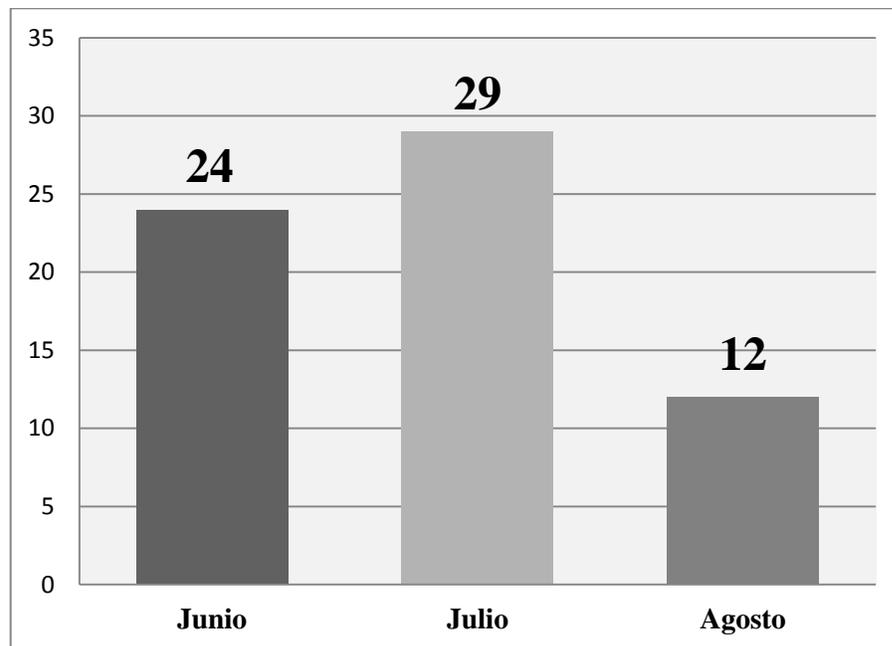
VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	VALOR
4. Factores Socioculturales y económicos	2. Factores económicos.	Elementos que contribuyen a cualquier proceso o fenómeno relacionado a lo económico o relativo a ella.	Elementos que contribuyen a cualquier proceso o fenómeno relacionado a lo económico o relativo a ella	a) Ocupación de la embarazada	Nominal	1. Ama de casa 2. trabajo informal
				b) Aporte económico	Nominal	1. Conyugue 2. Encuestada 3. Ambos 4. Padres
				c) Ingresos	Numeral	0-100 101-200 201-300 301-400
				d) Tipo de vivienda	Nominal	1. ladrillo 2. Adobe 3. Mixta 4. Otras
				e) Medio de transporte	Nominal	1. Caminando 2. Bus 3. Carro propio 4. Moto taxi

						5.Carro particular
5. Conocimiento sobre la estrategia de HEM	Conocimiento sobre la estrategia de HEM	Instalación comunitaria para alojamiento temporal de gestante con riesgo obstétrico	Instalación comunitaria para alojamiento temporal de gestante con riesgo obstétrico	a) Nivel de conocimiento del HEM	Nominal	<p>1. Sabe sobre la estrategia de HEM</p> <p>a) Si</p> <p>b) No</p> <p>2. Función del HEM.</p> <p>a) Evaluar el embarazo</p> <p>b) Evitar muertes de recién nacidos</p> <p>c) Asesoría como cuidar al bebe</p> <p>d) Prevenir partos fuera del hospital</p> <p>e) Un lugar donde se van previo al parto las embarazadas de riesgo</p>

VII. RESULTADOS

1. NÚMERO DE EMBARAZADAS QUE SE INSCRIBIERON EN EL CONTROL MATERNO PROVENIENTES DE ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO DE LA MICRORED LA PALMA. JUNIO-AGOSTO DE 2015.

Gráfico 1. Número de embarazadas inscritas en el control prenatal



Fuente: Libros de registro de inscripción y control de embarazadas de la Microred La Palma, durante el período de junio a agosto de 2015

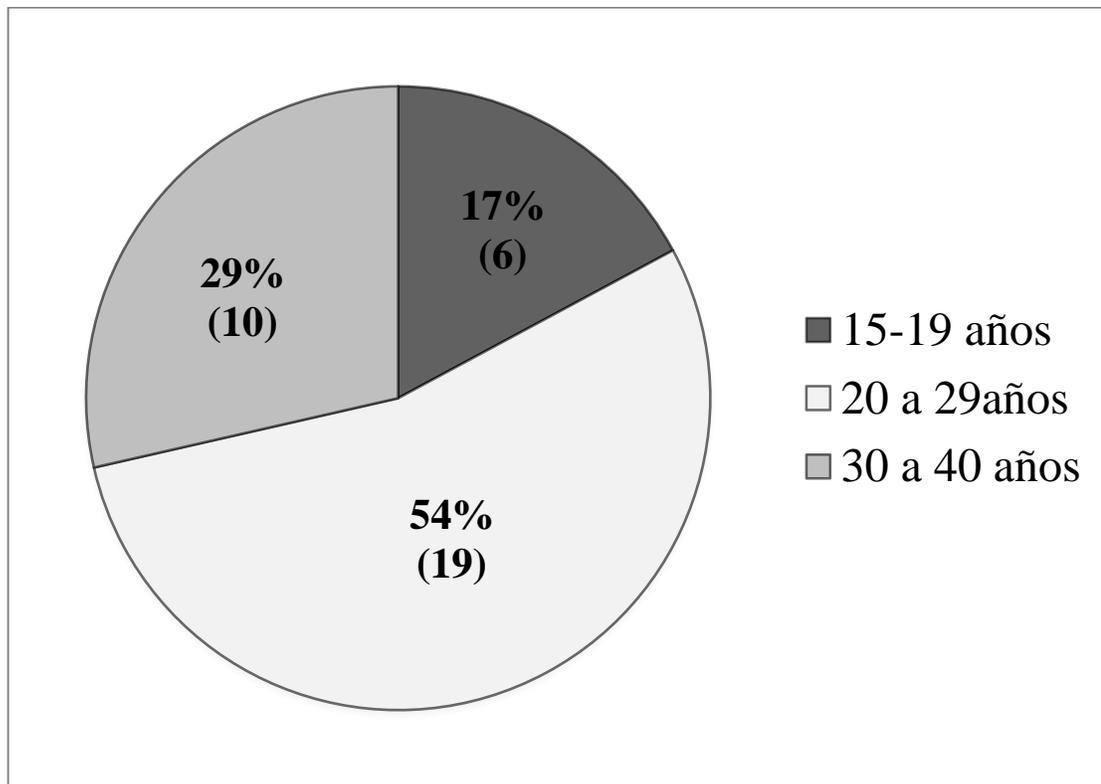
Comentario:

Se observó en relación a las inscripciones prenatales en las unidades de la Microred, que un 45% (29 embarazadas) que fueron la mayoría, se inscribieron en julio, el 37% (24 embarazadas) se realizaron en junio, y el 18% (12 embarazadas) se inscribieron en agosto.

ACLARACIÓN: De las 65 embarazadas que se inscribieron en control prenatal en el período de del estudio, 35 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

2. EDAD DE LAS EMBARAZADAS PROVENIENTES DE ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO DE LA MICRORED LA PALMA. JUNIO-AGOSTO DE 2015.

Grafico 2. Edad de las embarazadas

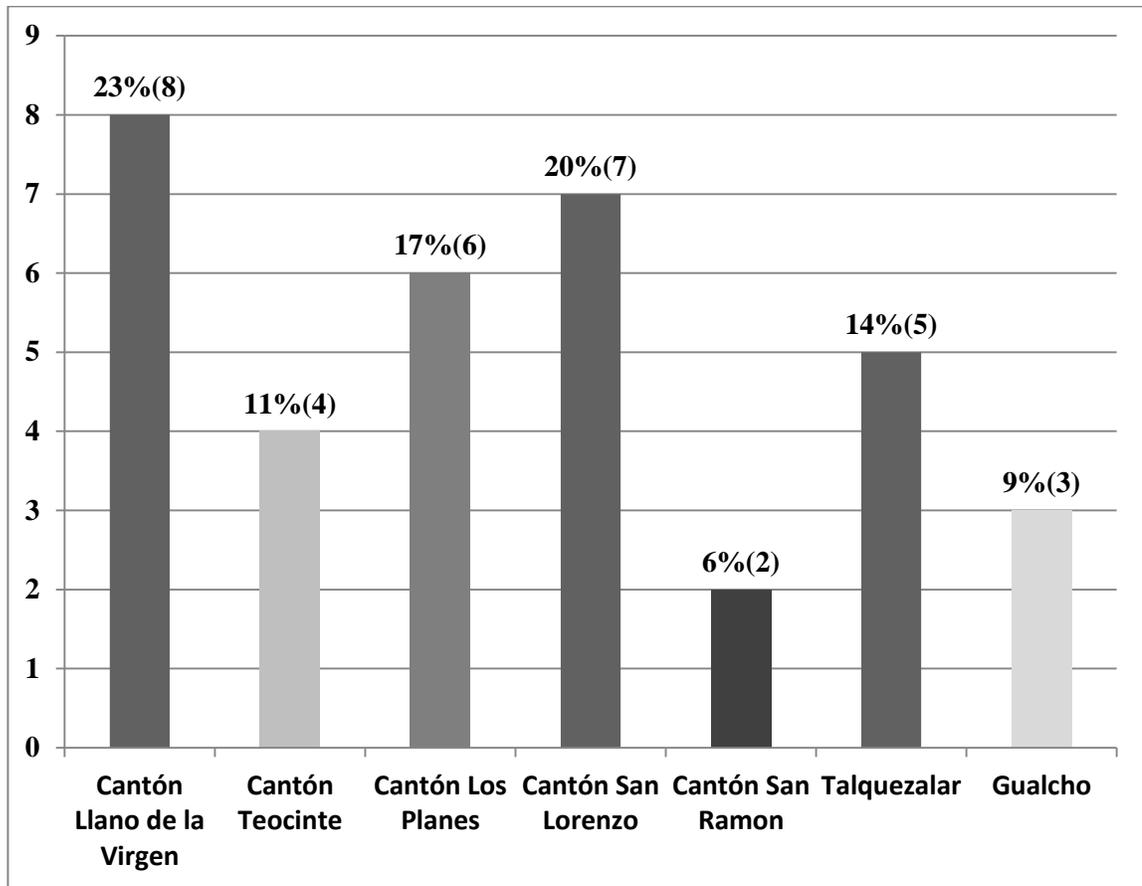


Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

La gráfica muestra que el 54% (19 embarazadas) se encontraban entre las edades de 20 a 29 años, seguido del grupo de mujeres de 30 a 40 años con un 29% (10 embarazadas) y las mujeres de 15 a 19 años con un 17% (6 embarazadas).

Grafico 3. Lugares de procedencia de las embarazadas en estudio.



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

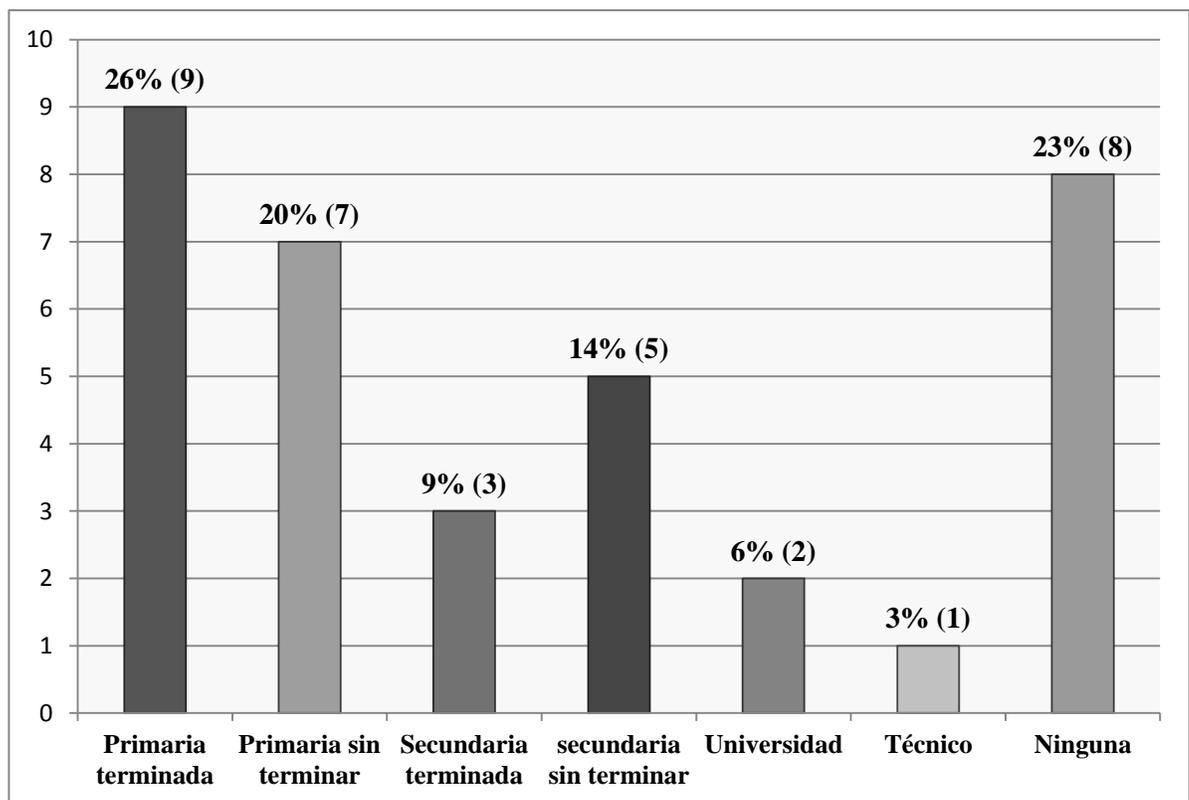
Comentario:

El gráfico evidencia que de las embarazadas provenientes de zonas de difícil eran de Citalá con la distribución siguiente: el 23%, (8 embarazadas) del cantón Llano La Virgen, el 20% (7 embarazadas) del cantón San Lorenzo, el 17% (6 embarazadas) de Los Planes, y el 14%, (5 embarazadas) de Talquezalar, el 11% (4 embarazadas) del cantón Teocinte, el 9% (3 embarazadas) de Gualcho, y el 6% (2 embarazadas) en del cantón San Ramón. Las embarazadas del resto de la Microred, no cumplieron con los criterios de inclusión.

3. FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS DE ZONA DE DIFÍCIL ACCESO AL HOGAR DE ESPERA MATERNA DE LA MICRORED LA PALMA. JUNIO-AGOSTO DE 2015.

a. Escolaridad de las embarazadas

Gráfico 5. Escolaridad de las embarazadas en estudio.



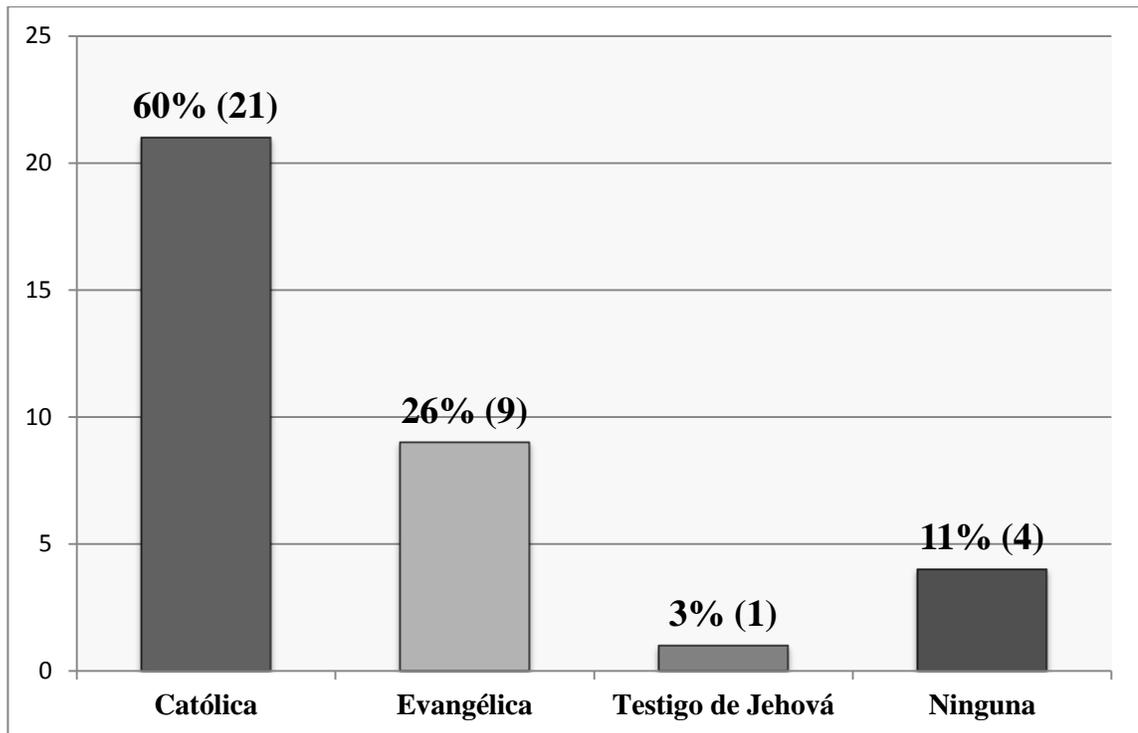
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El gráfico demuestra que el 26% (9 embarazadas) terminaron la primaria, el 23% (8 embarazadas) no asistieron a la escuela, el 20% (7 embarazadas) comenzaron a estudiar primaria sin terminarla, el 14% (5 embarazadas) no lograron terminar secundaria, el 9% (3 embarazadas) terminaron secundaria, el 6% (2 embarazadas) lograron un estudio universitario, el 3%, (1 embarazada) estudió un técnico.

b. Religión

Gráfico 6. Práctica de una religión por parte de las embarazadas en estudio.



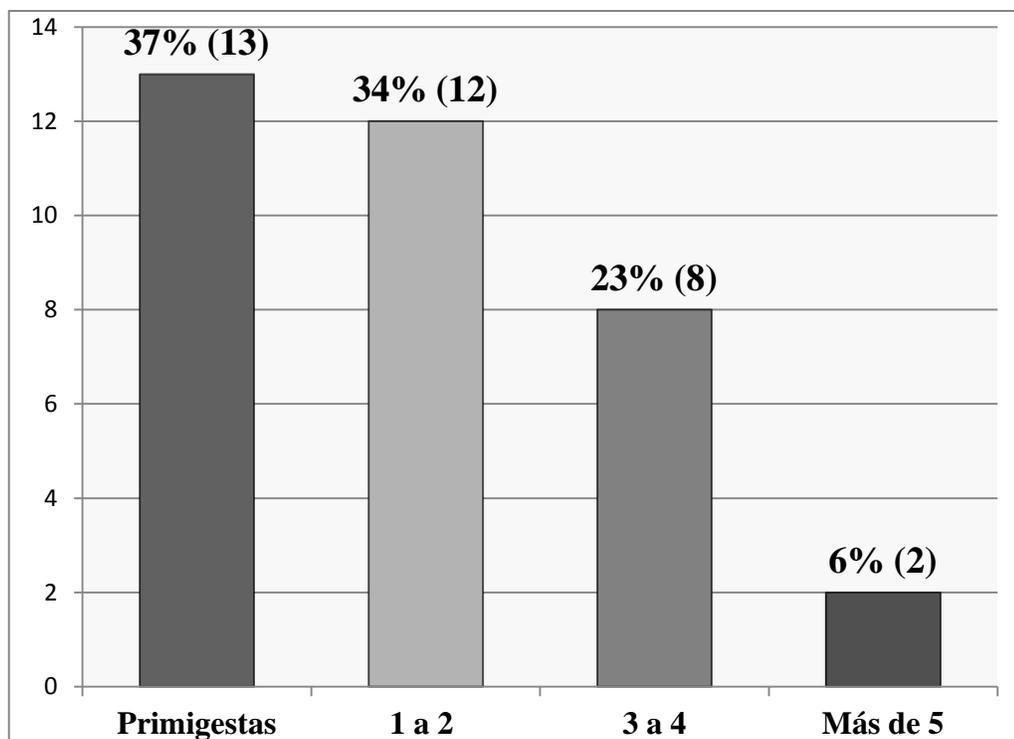
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El gráfico muestra que la religión que profesa la mayoría de mujeres en estudio es la religión católica con un 60% (21 embarazadas), seguida por la evangélica con el 26% (9 embarazadas); el 11% (4 embarazadas) no profesaba ninguna religión, y el 3% (1 embarazada) pertenecía a los Testigos de Jehová.

c. Número de hijos

Gráfico 7. Número de hijos de las embarazadas en estudio.



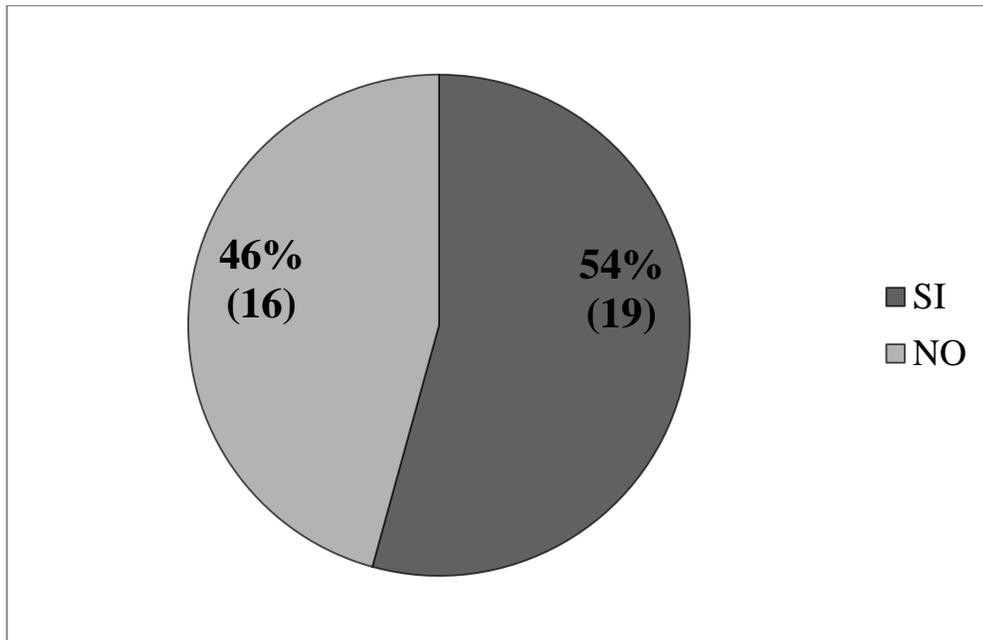
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El gráfico muestra que el 37% (13 embarazadas) eran primigestas, el 34% (12 embarazadas) tenían de 1 a 2 hijos, el 23% (8 embarazadas) tenían 3 a 4 hijos, y el 6% (2 embarazadas) manifestaron tener más de 5 hijos.

d. Uso de métodos de Planificación Familiar

Gráfico 8. Utilización de métodos de planificación familiar.



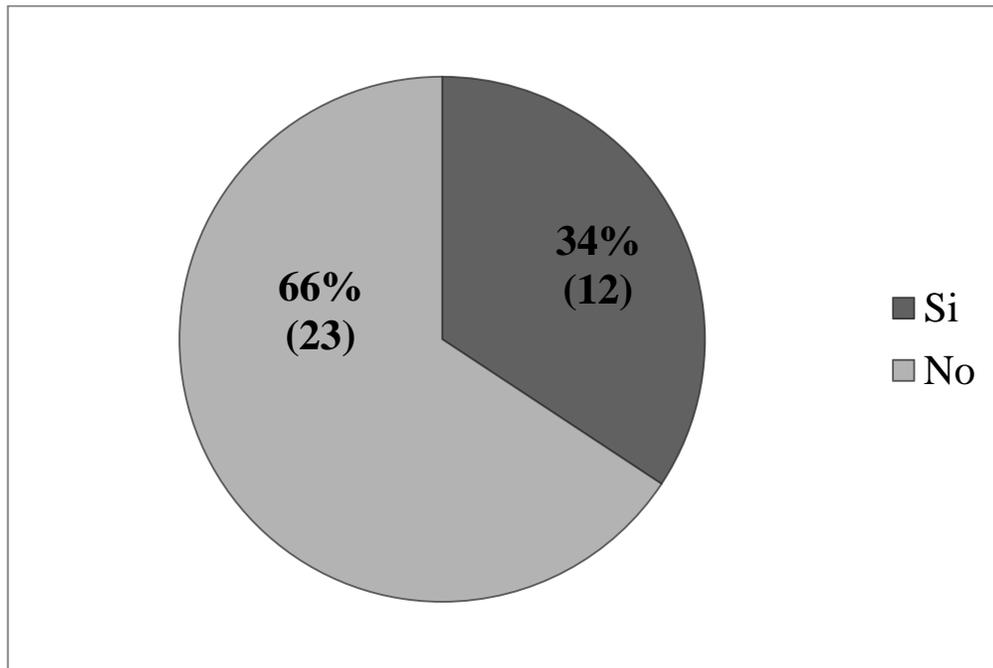
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El 54%, (19 embarazadas) mencionaron haber utilizado un método de planificación familiar alguna vez en su vida, el 46% (16 embarazadas) nunca han utilizado métodos de planificación familiar.

e. Partos Extrahospitalarios

Grafico 91. Encuestadas que han tenido partos extrahospitalarios.

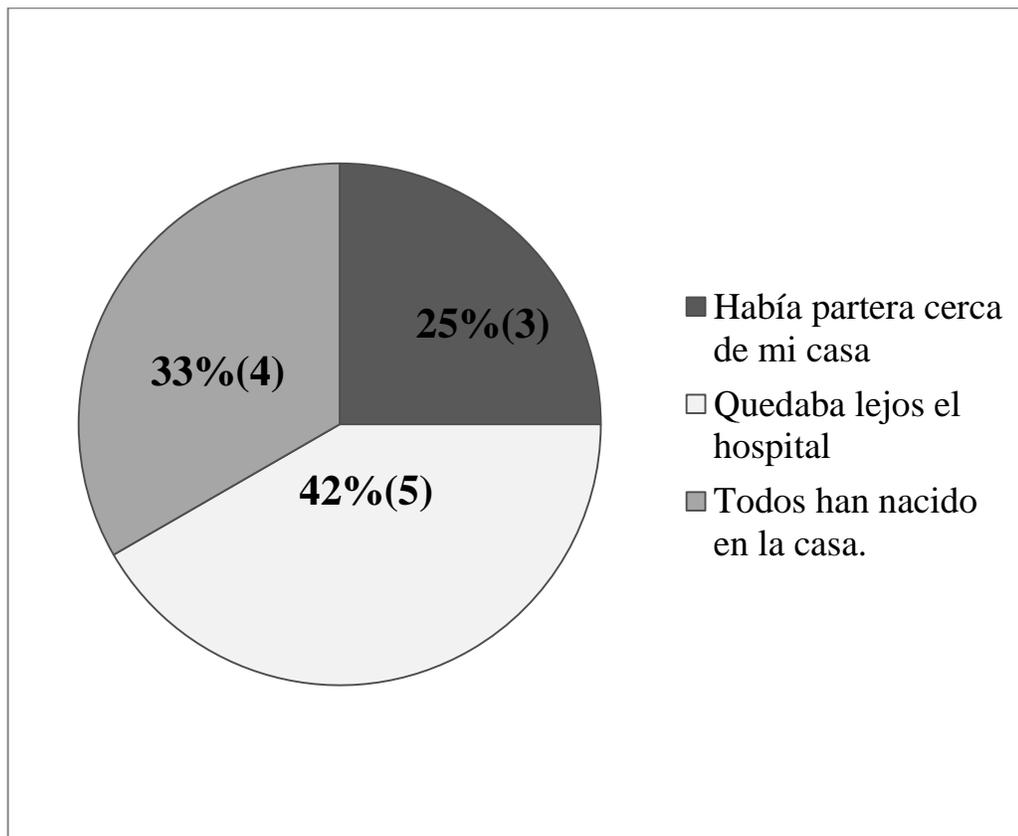


Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El grafico muestra que el 66% (23 embarazadas) que no habían verificado parto extra hospitalario, y el 34% (12 embarazadas) sí habían verificado parto fuera del hospital una o más veces en la vida.

Grafico 102. Motivo del parto extrahospitalario.



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

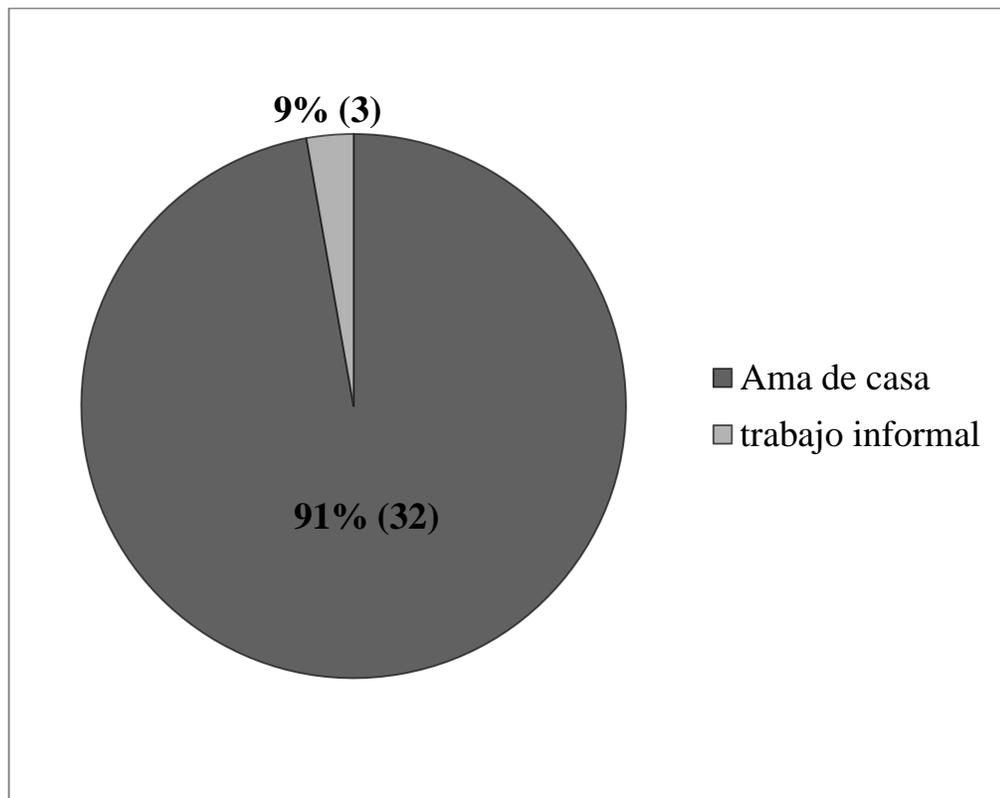
Comentario:

Según el grafico, el 42 % (5 embarazadas) respondieron que el motivo del parto extra hospitalario fue porque les quedaba lejos el hospital, el 33% (4 embarazadas) dijeron que todos sus partos anteriores habían sido en su casa, el 25% (3 embarazadas), refirieron que sus hijos nacieron fuera del hospital porque había una partera cerca del hogar.

4. FACTORES ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS DE ZONA DE DIFÍCIL ACCESO AL HOGAR DE ESPERA MATERNA DE LA MICRORED LA PALMA.

a) Ocupación de la embarazada

Gráfico 11. Ocupación de las embarazadas en estudio



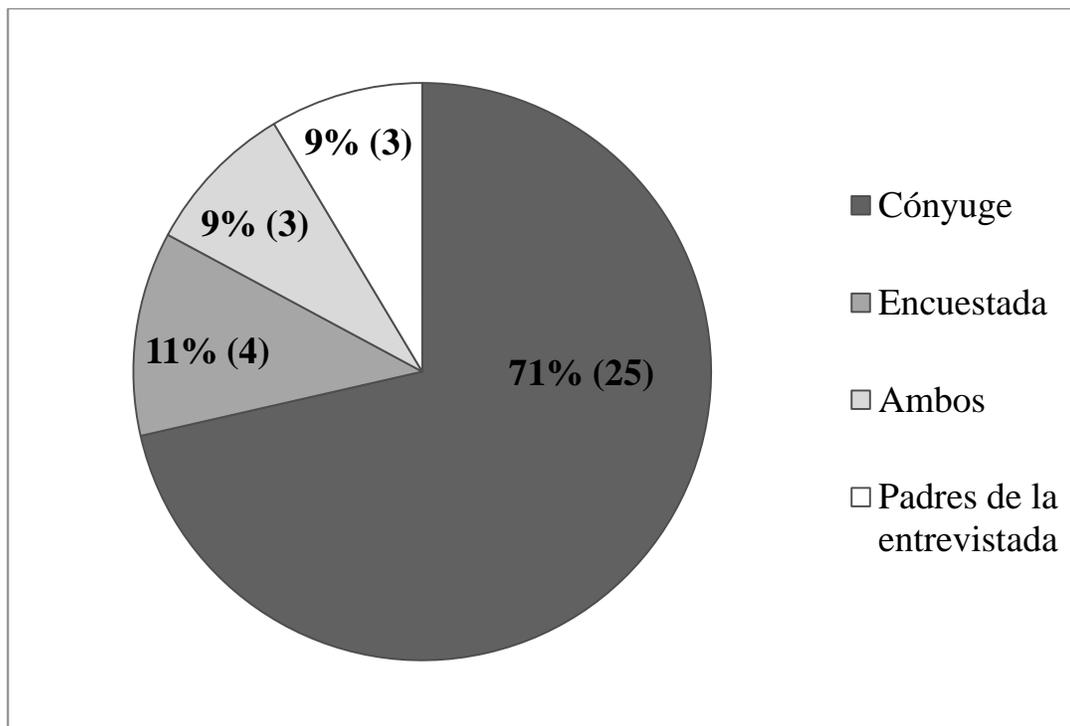
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015.

Comentario:

El gráfico muestra que el 91% (32 encuestadas) eran amas de casa, y el 9% (3 encuestadas) tenían trabajo informal como vendedoras ambulantes o artesanas.

b) Aporte económico al hogar de la embarazada.

Grafico 32. Aporte económico al hogar.



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico demuestra que en el 71% (25 embarazadas) los ingresos económicos eran aportados por el cónyuge, el 11%, (4 embarazadas) manifestaron que eran ellas mismas quienes aportaban los ingresos, en el 9% (3 embarazadas) eran ambos los que aportaban los ingresos y un 9% (3 embarazadas) eran los padres de la embarazada quienes aportaban el dinero al hogar.

Tabla 3. Promedio mensual de ingresos al hogar.

Promedio Mensual en dólares	Frecuencia	%
0 a 100	12	34%
100 a 200	12	34%
200 a 300	10	29%
300 a 400	1	3%
Total	35	100%

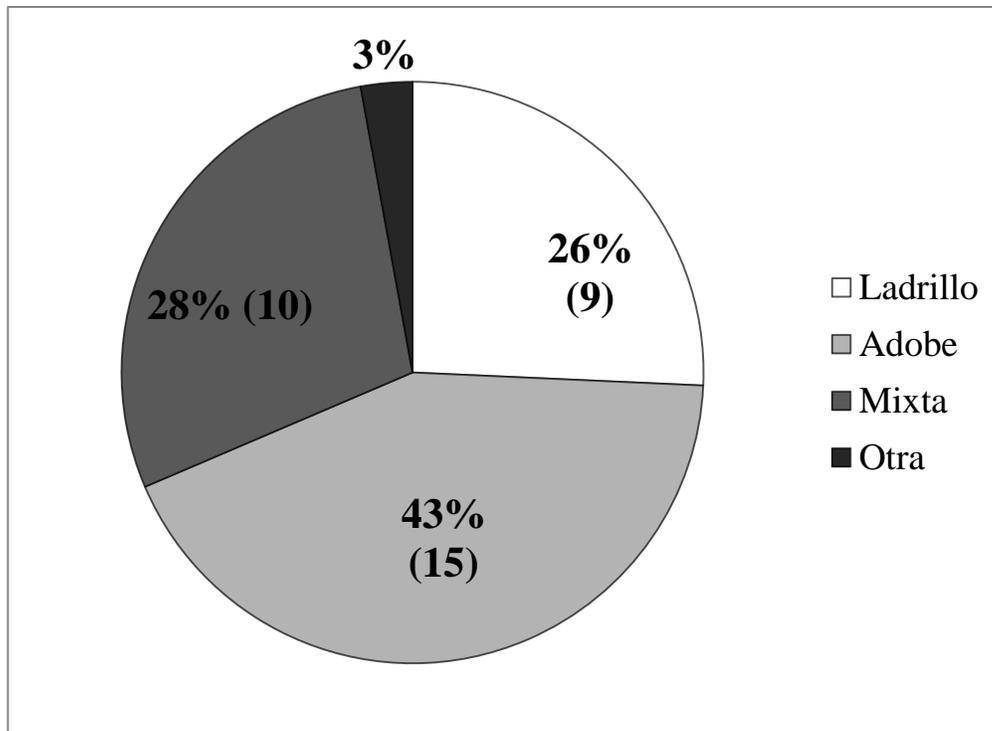
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

La tabla muestra que el 34%, (12 encuestadas) tenían ingresos menores de 100 dólares, otro 34% tenían ingresos entre 100 y 200 dólares, el 29% (10 encuestadas) manifestaron que sus ingresos estaban entre 200 y 300 dólares y solo el 3% (1 encuestada) percibía ingresos mayores de 400 dólares.

c) Tipo de vivienda

Grafico 43. Tipo de vivienda de las embarazadas encuestadas



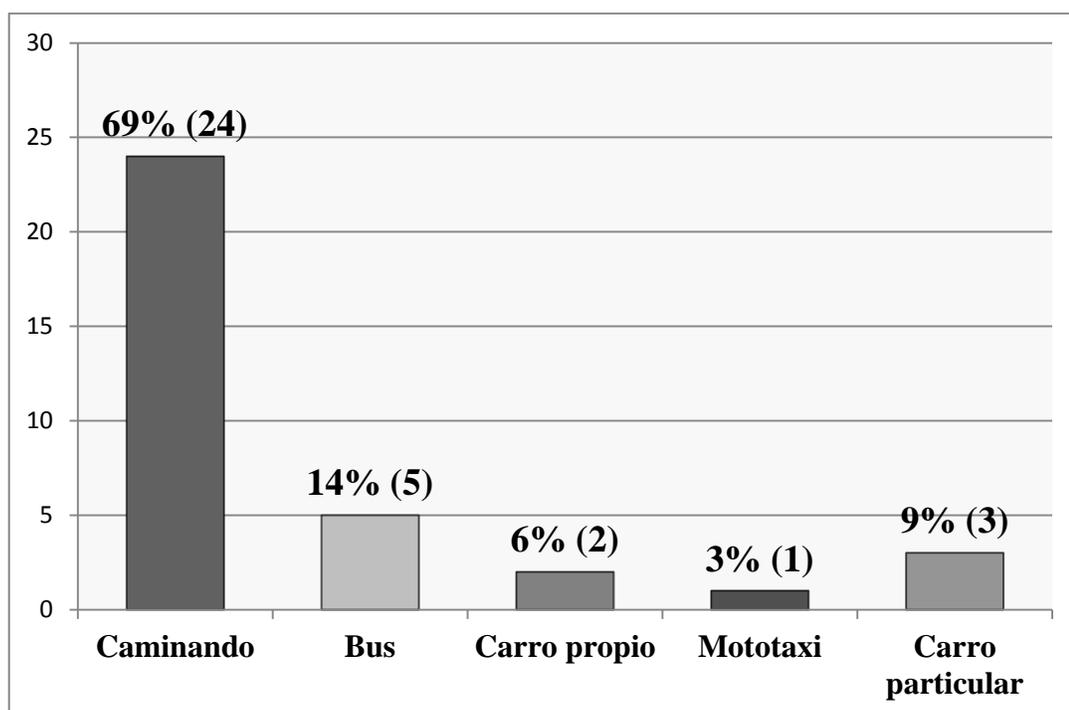
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico demuestra que el 43% (15 encuestadas), vivían en casas de adobe, 28% (10 encuestadas) eran de tipo mixta, el 26% (9 embarazadas) eran de ladrillo, y el 3% (1 embarazada) tenía otro tipo de construcción.

d) Medio de transporte

Gráfico 54. Medio de transporte que utiliza la embarazada para ir a la unidad de salud.



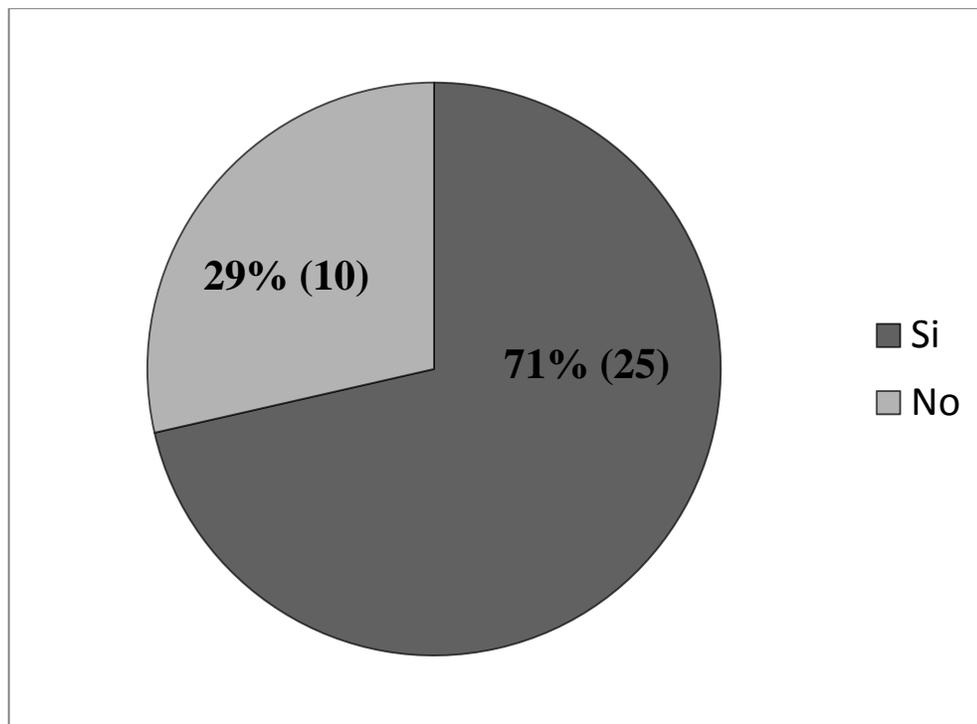
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico demuestra que el 69% (24 de las encuestadas) manifestaron caminar para recibir atención en la unidad de salud, el 14%, (5 encuestadas) utilizaban el bus como medio de transporte, 9% (3 encuestadas) llegaban en carro particular, el 6% (2 embarazadas) llegaba en carro propio, y el 3% (1 entrevistada) utilizaban mototaxis.

5. CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS EMBARAZADAS PROVENIENTES DE ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO SOBRE LA ESTRATEGIA DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA, MICRORED LA PALMA, JUNIO-AGOSTO 2015

Grafico 15. ¿Sabe usted qué es el Hogar de Espera Materna?

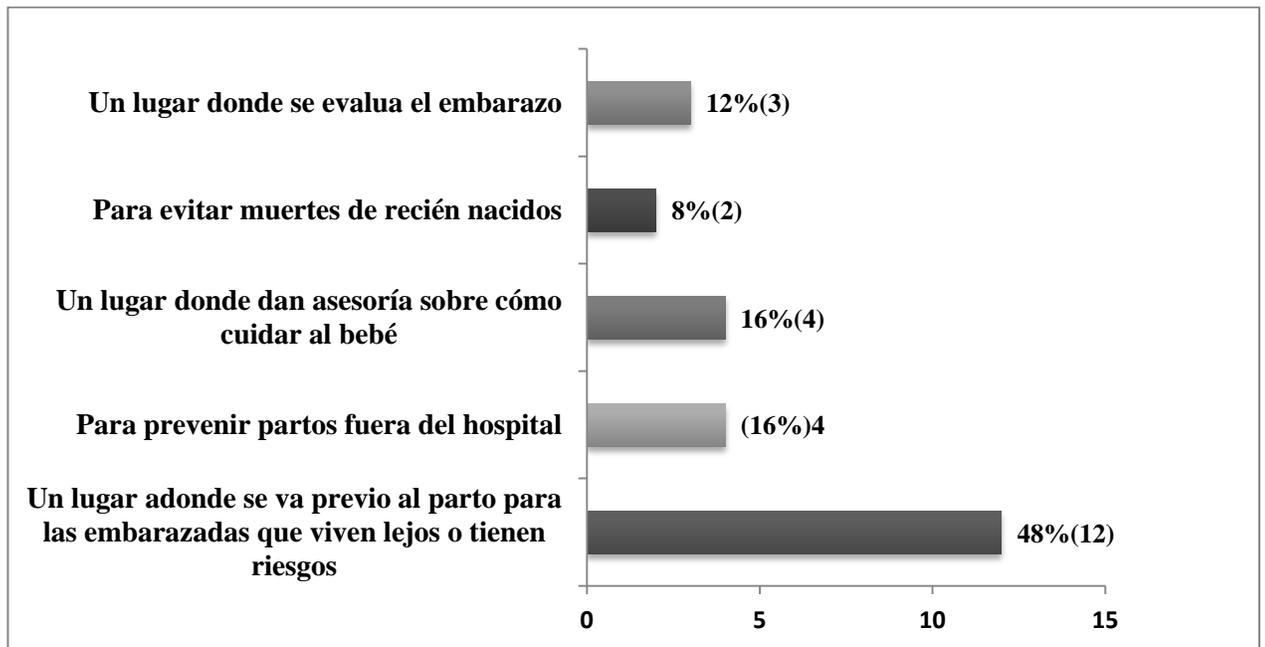


Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El grafico muestra que el 71% (25 embarazadas) conocían el Hogar de Espera Materna, contra el 29% (10 embarazadas) que negaron conocerlo.

Grafico 166. Función del Hogar de Espera Materna según la entrevistada

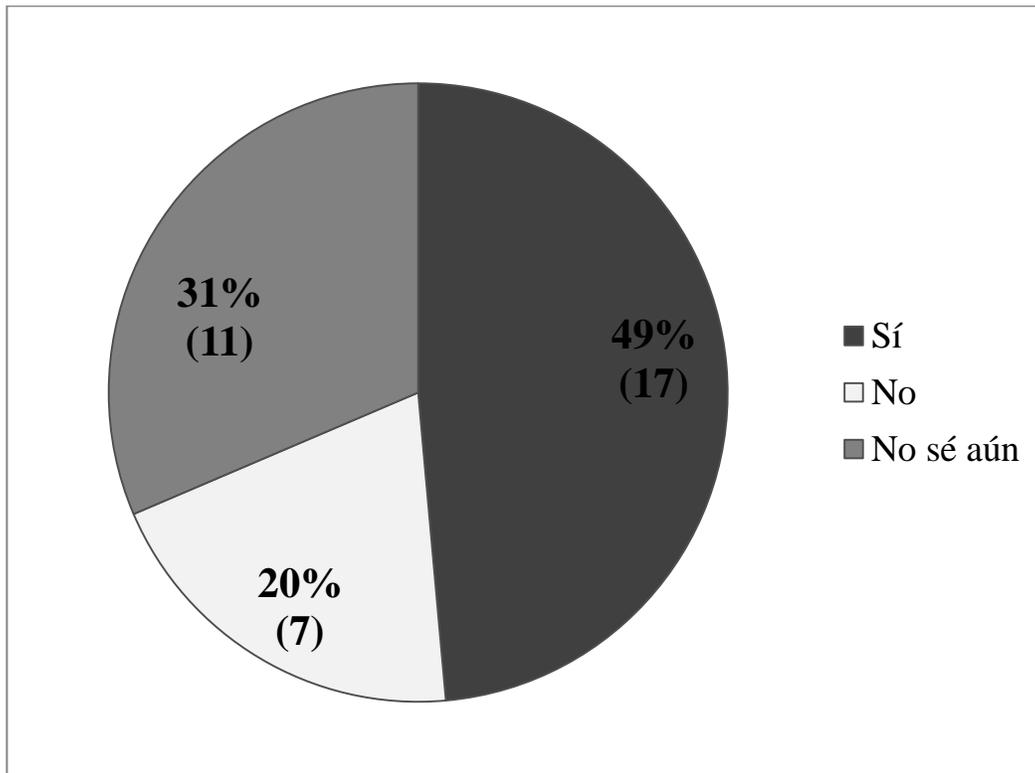


Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico muestra que el 48% (12 embarazadas) respondieron que el Hogar de Espera Materna es un lugar adonde se va previo al parto para las embarazadas que viven lejos o tienen riesgos, el 16% (4 embarazadas), contestaron que es para prevenir partos fuera del hospital, el 16% (4 embarazadas) respondieron que es un lugar donde dan asesoría sobre cómo cuidar al bebé, el 12% (3 embarazadas) contestaron que es un lugar donde evalúan el embarazo, y el 8% (2 embarazadas) respondieron que el Hogar Materno es para evitar muertes de recién nacidos.

Grafico. 17. ¿Utilizaría para el próximo parto el Hogar de Espera Materna?

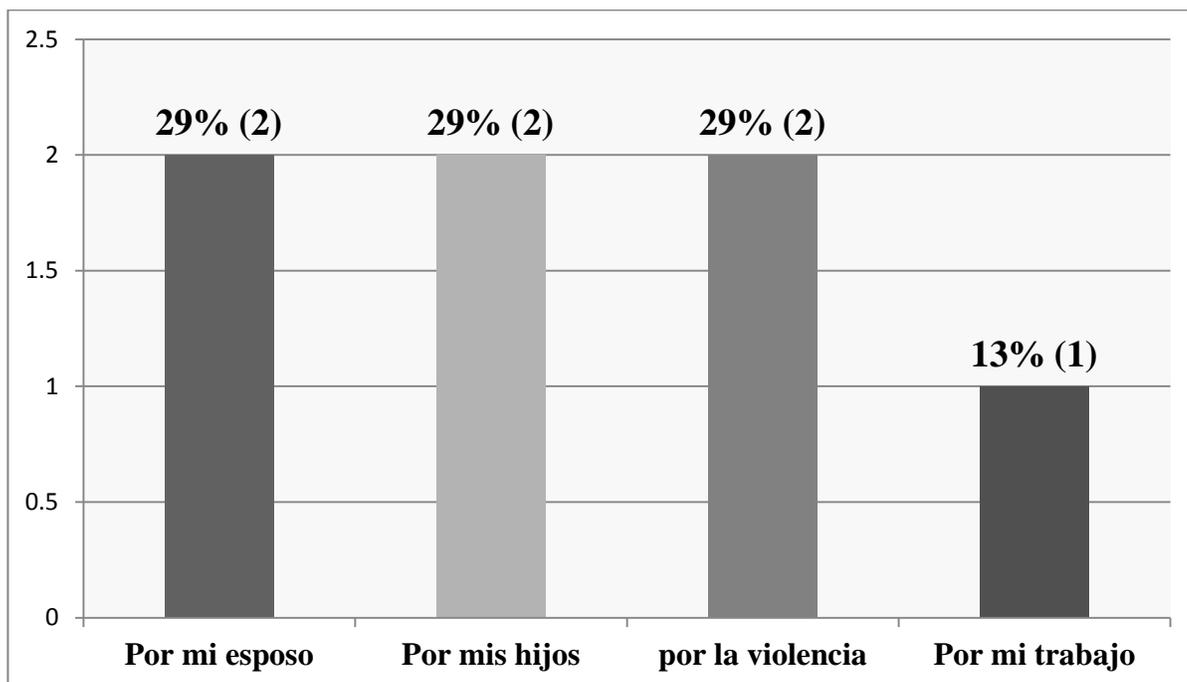


Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico demuestra que el 49% (17 embarazadas) dijeron que estaban dispuestas a utilizar el Hogar de Espera Materna si fuera necesario, el 31% (11 embarazadas) dijeron que no tenían decidido si lo utilizarían, el 20% (7 embarazadas) manifestaron que lo no utilizarían.

Grafico 187. Motivo por el cual no asistiría al hogar de espera materna.



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

Comentario:

El gráfico demuestra que el 29% (2 embarazadas) expusieron que no asistirían al Hogar de Espera Materna porque no podían dejar a sus hijos solos, igualmente, otro 29% (2 embarazadas) manifestaron que no les gustaría salir de su hogar por la violencia, el 29% (2 encuestadas) dijeron que no podrían asistir al Hogar debido a su esposo, y el 13% (1 embarazada) mencionó que debido a su trabajo no podría asistir al Hogar Materno antes de la fecha de parto.

VIII. DISCUSIÓN

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Por tal razón, el Ministerio de Salud de El Salvador tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad y muerte perinatal para lo cual se han propuesto diversas estrategias de Intervención, entre ellas el Hogar de Espera Materna (HEM). Esta estrategia ha estado orientada a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante. Sin embargo, persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención del control prenatal y la atención del parto institucional.

Entre los factores asociados y que incrementan la preferencia del parto domiciliario prevalecen: la edad, el bajo nivel educativo, el estado conyugal, el antecedente de parto domiciliario, y la procedencia rural.

Hasta el momento se han difundido investigaciones acerca de la ocurrencia de partos domiciliarios; sin embargo, ninguno de éstos, permiten establecer correlaciones entre variables y establecer grados de asociación estadísticamente significativos entre los diferentes factores y el lugar del parto. Por lo que se realizó la presente investigación con el objetivo de investigar los Factores asociados a la asistencia de las embarazadas al Hogar de Espera Materna de la Microred La Palma, durante el período de junio-agosto 2015, con 65 mujeres embarazadas inscritas en el control prenatal, de las cuales solamente 35 cumplieron con los criterios de selección de la muestra. Se utilizó un cuestionario para la recolección de datos y se aplicó a todas las embarazadas que se incluyeron en la muestra, luego se realizó la verificación de algunos datos con la historia clínica respectiva.

Con el presente estudio se pudo comprobar que el mayor número de embarazadas que se inscribieron en el control materno y que provenían de zonas de difícil acceso de la Microred La Palma, un 45% (29 embarazadas) se inscribieron en el mes de julio. La edad predominante de las encuestadas, es decir un 54% (19 embarazadas) se encontraba en el grupo etáreo de 20 a 29 años, de las cuales la mayoría eran primigesta, el 34% (12 embarazadas) tenían de 1 a 2 hijos, el 23% (8 embarazadas) tenían 3 a 4 hijos, y el 6% (2 embarazadas) manifestaron tener más de 5 hijos.

Se evidenció que eran mujeres provenientes de zonas de difícil acceso del municipio de Citalá con la distribución siguiente: el 23%, (8 embarazadas) del Cantón Llano La Virgen, el 20% (7 embarazadas) del Cantón San Lorenzo, el 17% (6

embarazadas) de Los Planes, y el 14%, (5 embarazadas) de Talquezalar, el 11% (4 embarazadas) del Cantón Teocinte, el 9% (3 embarazadas) de Gualcho, y el 6% (2 embarazadas) del cantón San Ramón. La distancia promedio a recorrer para llegar al Hogar de Espera Materna (HEM) era de 18 a 30 kilómetros.

Entre los factores socioculturales asociados a la asistencia de las embarazadas al HEM de la Microred, cabe notar que un 26% (9 embarazadas) terminaron la primaria, el 23% (8 embarazadas) no asistieron a la escuela, el 20% (7 embarazadas) comenzaron a estudiar primaria sin terminarla, el 14% (5 embarazadas) no lograron terminar secundaria, el 6% (2 embarazadas) lograron un estudio universitario, el 3%, (1 embarazada) estudió un técnico.

En cuanto a la práctica de una religión, se determinó que la mayoría de mujeres en estudio profesaban una religión, siendo esta la religión católica con un 60% (21 embarazadas).

En relación al uso de un método de planificación familiar, el 54%, (19 embarazadas) mencionaron haber utilizado algún método alguna vez en su vida, contra el 46% (16 embarazadas) que mencionaron no haber utilizado nunca métodos de planificación familiar.

Resultó que el 66% (23 embarazadas) de las investigadas habían tenido partos institucionales. EL 44% mencionó haber tenido partos no institucionales. Al indagar sobre los motivos por los que las embarazadas tuvieron partos extrahospitalarios, el 42 % (5 embarazadas) aludieron que el motivo del parto extra hospitalario fue porque les quedaba lejos el hospital, el 33% (4 embarazadas) dijeron que todos sus partos anteriores han sido en su casa, el 25% (3 embarazadas), refirieron que sus hijos nacieron fuera del hospital porque había una partera cerca del hogar.

En relación a la ocupación de la embarazada, el 91% (32 encuestadas) eran amas de casa, y el 9% (3 encuestadas) tenían trabajo informal como vendedoras ambulantes o artesanas. Se comprobó que no existe diferencias significativas en cuanto a los ingresos económicos al hogar, ya que en el 11% (4 embarazadas) de los casos, eran aportados por el cónyuge, y en un 9% (3 embarazadas) eran ellas mismas quienes aportaban los ingresos. El 34%, (12 encuestadas) tenían ingresos menores de 100 dólares, 34% (12) tenían ingresos entre 100 y 200 dólares, solo el 3% (1 encuestada) percibía ingresos mayores de 400 dólares. Un 43% (15 encuestadas), vivían en casas de adobe, 28% (10 encuestadas) eran de tipo mixta, el 26% (9 embarazadas) eran de ladrillo.

El 69% (24 de las encuestadas) manifestaron caminar para tener acceso a los servicios de salud, el 14%, (5 encuestadas) utilizaban el bus como medio de transporte, 9% (3 encuestadas) llegaban en carro particular y 3% en mototaxis

Respecto al conocimiento que tienen las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso sobre la estrategia del Hogar de Espera Materna, el 71% (25 embarazadas) conocían sobre la estrategia. Al preguntarles sobre el objetivo del HEM, las respuestas fueron diversas, el 48% (12 embarazadas) respondieron que el Hogar de Espera Materna es un lugar adonde se va previo al parto para las embarazadas que viven lejos o tienen riesgos, el 16% (4 embarazadas), contestaron que es para prevenir partos fuera del hospital, el 16% (4 embarazadas) respondieron que es un lugar donde dan asesoría sobre cómo cuidar al bebé, el 12% (3 embarazadas) contestaron que es un lugar donde evalúan el embarazo, y el 8% (2 embarazadas) respondieron que el Hogar Materno es para evitar muertes de recién nacidos.

El 49% (17 embarazadas) dijeron que estaban dispuestas a utilizar el Hogar de Espera Materna si fuera necesario. Con relación al uso del HEM en los futuros partos, el 29% (2 embarazadas) expusieron que no asistirían al Hogar de Espera Materna porque no podían dejar a sus hijos solos, igualmente, otro 29% (2 embarazadas) manifestaron que no les gustaría salir de su hogar por la violencia, el 29% (2 encuestadas) dijeron que no podrían asistir al Hogar debido a su esposo, y el 13% (1 embarazada) mencionó que debido a su trabajo no podría asistir al Hogar Materno antes de la fecha de parto.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, permiten concluir que las percepciones alrededor de la estrategia del HEM es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión (REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 8 (3), Noviembre 2013). No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres, con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas, con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso a un medio de transporte, por citar algunos pero que son indicadores sensibles del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, lo que le convierte en un evento centinela excelente para evaluar el acceso y la calidad de la atención obstétrica en los servicios de salud.

IX. CONCLUSIONES

1. El número de embarazadas que se inscribieron en el control materno proveniente de zonas de difícil acceso de la Micro red La Palma, durante el período de junio-agosto de 2015, fueron 65. De ellas, la mayoría lo hizo en el mes de julio.
2. Solamente 35 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.
3. La edad de la mayoría de las embarazadas en estudio que representó el 54% (19 embarazadas) se encontraban entre las edades de 20 a 29 años.
4. Se evidenció que eran mujeres provenientes de zonas de difícil acceso del municipio de Citalá con la distribución siguiente: el 23%, (8 embarazadas) del cantón Llano La Virgen, el 20% (7 embarazadas) del cantón San Lorenzo, el 17% (6 embarazadas) de Los Planes, y el 14%, (5 embarazadas) de Talquezalar, el 11% (4 embarazadas) del cantón Teocinte, el 9% (3 embarazadas) de Gualcho, y el 6% (2 embarazadas) en del cantón San Ramón.
5. La distancia promedio a recorrer para llegar al Hogar de Espera Materna (HEM) es de 18 a 30 kilómetros.
6. Entre los factores socioculturales asociados a la asistencia de las embarazadas al HEM de la Microred, cabe notar que un 26% (9 embarazadas) terminaron la primaria, el 23% (8 embarazadas) no asistieron a la escuela, el 20% (7 embarazadas) comenzaron a estudiar primaria sin terminarla, el 14% (5 embarazadas) no lograron terminar secundaria, el 6% (2 embarazadas) lograron un estudio universitario, el 3%, (1 embarazada) estudió un técnico.
7. En cuanto a la práctica de una religión, se determinó que la mayoría de mujeres en estudio profesaban una religión, siendo esta la religión católica con un 60% (21 embarazadas).
8. Se comprobó que el 37% (13 embarazadas) eran primigestas, el 34% (12 embarazadas) tenían de 1 a 2 hijos, el 23% (8 embarazadas) tenían 3 a 4 hijos, y el 6% (2 embarazadas) manifestaron tener más de 5 hijos.

9. En relación al uso de un método de planificación familiar, el 54%, (19 embarazadas) mencionaron haber utilizado algún método alguna vez en su vida, contra el 46% (16 embarazadas) que mencionaron no haber utilizado nunca métodos de planificación familiar.
10. Resultó que el 66% (23 embarazadas) de las investigadas, habían tenido partos institucionales.
11. Al indagar sobre los motivos por los que las embarazadas tuvieron partos no institucionales, el 42 % (5 embarazadas) aludieron que el motivo del parto extra hospitalario fue porque les quedaba lejos el hospital, el 33% (4 embarazadas) dijeron que todos sus partos anteriores han sido en su casa, el 25% (3 embarazadas), refirieron que sus hijos nacieron fuera del hospital porque había una partera cerca del hogar.
12. En relación a la ocupación de la embarazada, el 91% (32 encuestadas) eran amas de casa, y el 9% (3 encuestadas) tenían trabajo informal como vendedoras ambulantes o artesanas.
13. Se comprobó que no existe diferencias significativas en cuanto a los ingresos económicos al hogar, ya que en el 11% (4 embarazadas) de los casos, eran aportados en por el cónyuge, y en un 9% (3 embarazadas) eran ellas mismas quienes aportaban los ingresos.
14. El 34% (12 encuestadas) tenían ingresos menores de 100 dólares, 34% (12) tenían ingresos entre 100 y 200 dólares, solo el 3% (1 encuestada) percibía ingresos mayores de 400 dólares.
15. Un 43% (15 encuestadas), vivían en casas de adobe, 28% (10 encuestadas) eran de tipo mixta, el 26% (9 embarazadas) eran de ladrillo.
16. El 69% (24 de las encuestadas) manifestaron caminar para tener acceso a los servicios de salud, el 14%, (5 encuestadas) utilizaban el bus como medio de transporte, 9% (3 encuestadas) llegaban en carro particular y el 3% (1 embarazada) viajaba en mototaxi.

17. Respecto al conocimiento que tienen las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso sobre la estrategia del Hogar de Espera Materna, el 71% (25 embarazadas) conocían sobre la estrategia.
18. Al preguntarles sobre el objetivo del HEM, las respuestas fueron diversas, el 48% (12 embarazadas) respondieron que el Hogar de Espera Materna es un lugar adonde se va previo al parto para las embarazadas que viven lejos o tienen riesgos, el 16% (4 embarazadas), contestaron que es para prevenir partos fuera del hospital, el 16% (4 embarazadas) respondieron que es un lugar donde dan asesoría sobre cómo cuidar al bebé, el 12% (3 embarazadas) contestaron que es un lugar donde evalúan el embarazo, y el 8% (2 embarazadas) respondieron que el Hogar Materno es para evitar muertes de recién nacidos.
19. El 49% (17 embarazadas) dijeron que estaban dispuestas a utilizar el Hogar de Espera Materna si fuera necesario.
20. Con relación del uso del HEM en los futuros partos, el 29% (2 embarazadas) expusieron que no asistirían al Hogar de Espera Materna porque no podían dejar a sus hijos solos, igualmente, otro 29% (2 embarazadas) manifestaron que no les gustaría salir de su hogar por la violencia, el 29% (2 encuestadas) dijeron que no podrían asistir al Hogar debido a su esposo, y el 13% (1 embarazada) mencionó que debido a su trabajo no podría asistir al Hogar Materno antes de la fecha de parto.

X. RECOMENDACIONES

A. AL MINISTERIO DE SALUD

1. Promover la educación y el asesoramiento que conlleven al empoderamiento de la salud de la mujer y la integración a los objetivos del sistema de salud formal, para ayudar a cerrar la brecha entre el sector de la salud y los colectivos rurales para una mejor salud materna y perinatal.
2. Promocionar por medios de comunicación existentes en las diferentes comunidades la existencia del Hogar de Espera Materna y su función.
3. Promover el uso del Hogar de Espera Materna por parte de la embarazada en aquellos lugares donde exista poca accesibilidad a los servicios de salud o riesgo obstétrico.
4. Crear grupo de apoyo intersectorial para la divulgación del uso de Hogar de Espera Materna.
5. Crear convenios interinstitucionales para apoyo al Hogar Espera Materna.
6. Incentivar a las madres que han hecho uso del Hogar de Espera Materna.

B. AL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL (SIBASI) CHALATENANGO

1. Socializar la estrategia Hogar de Espera Materna entre las diferentes unidades comunitarias de salud familiar existentes en Chalatenango.
2. Promover la asistencia de embarazadas al Hogar de Espera Materna mediante el uso de medios locales.
3. Crear redes interinstitucionales para mejorar las condiciones del HEM.
4. Proporcionar transporte a la embarazada que desee asistir al HEM.

3. AL EQUIPO LOCAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE CITALÁ

1. Socializar la estrategia de Hogar de Espera Materna entre el equipo de salud local.
2. Promover el uso de Hogar de Espera Materna mediante el uso de medios locales.
3. Que el equipo de salud de cada Unidad comunitaria de Salud Familiar oriente a la embarazada durante la inscripción sobre asistir a HEM y durante los controles subsecuentes.
4. Socializar el concepto y función de HEM durante las reuniones de club de embarazadas.
5. Concientizar a las embarazadas por parte del equipo de salud durante las reuniones de club de embarazadas par que estas asistan.

4. A LA FACULTAD DE MEDICINA

1. Incluir en el plan de estudio de las carreras de Materno infantil, Licenciatura enfermería, Doctorado en Medicina y carreras afines temas relacionados con la estrategia HEM.
2. Generar fórum sobre la estrategia de HEM y su impacto sobre las comunidades que beneficia.
3. Realizar investigaciones con carácter más extenso sobre factores socioculturales y económicos que influyen en la asistencia de las embarazadas a los diferentes HEM distribuidos en el país.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Fescina RH, De Mucio B, Durán P, Martínez G. El hogar materno: descripción y propuesta para su instalación. 2 a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011.
2. Guía para la Operativización de la Estrategia Hogar de Espera Materna. San Salvador, junio de 2006.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención. San Salvador, El Salvador, 2009
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para el Sistema de Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1996. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Página 6. 10 de Junio de 2011
5. Vigilancia de la Salud Materno Perinatal. San Salvador, El Salvador, 2009
6. X. López Alvarez, A. Martínez Vidal. Embarazo Guías Clínicas 2005; 5, página 1, Centro de Atención Familiar. España. Citado el 10 de Junio de 2011.

SITIOS CONSULTADOS EN INTERNET

- CINU, Centro de Información De Las Naciones Unidas, Mortalidad Materna América Latina. Mayo2014. Disponible desde: <http://www.cinu.mx/comunicados/2014/05/once-paises-de-america-latina->
- Ministerio de Salud de El Salvador, pagina web del sitio oficial www.salud.gob.sv (consulta 20/5/15)
- OMS. Organización Mundial De La Salud. Mortalidad Materna Mundial. Citado en Mayo 2014. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Sistema de Morbi-mortalidad del MINSAL, pagina web, <http://simow.salud.gob.sv> (consulta 20/5/15)

XII. ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS DE LA MICRORED LA PALMA AL HOGAR DE ESPERA MATERNA DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO-AGOSTO 2015

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

En pleno uso de mis facultades mentales, acepto participar en responder el cuestionario ante mí entregado.

Siendo consciente que se me explico sobre los fines de dicho cuestionario, por lo cual acepto, tomando en cuenta que se mantendrá en confidencia mi participación y que no influirá en la atención que se me brinde.

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS DE LA MICRO RED LA PALMA AL HOGAR DE ESPERA MATERNA DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO-AGOSTO 2015

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA.

DOCTORADO EN MEDICINA



Objetivo: Recolectar información en mujeres embarazadas de difícil acceso que asisten a su control prenatal a la UCSF Cítala en el periodo de junio-julio 2015.

1. Edad_____ 2.Estado civil_____3. Religión_____
4. Comunidad donde vive._____
5. ¿Este es su primer embarazo? SI___NO___
6. Número de hijos_____
7. Ha utilizado métodos de planificación familiar: SÍ___ No___
8. Si la respuesta anterior es no. Marque una de las siguientes opciones por la cual no utiliza métodos de planificación familiar:
 - a. Buscaba el embarazo
 - b. Hacen daño al cuerpo
 - c. No me deja utilizarlos mi compañero de vida.
9. Escolaridad de la entrevistada:

10. Escolaridad del esposo:

11. Ocupación de la entrevistada:

12. Ocupación del esposo:

13. Quien aporta el dinero en su familia:

14. Promedio mensual de ingresos en la familia:

15. Tipo de vivienda: Adobe___ Ladrillo___ Mixta___ Otras___

16. En que se traslada cuando consulta a la unidad de salud: Caminando___ Bus___
Carro particular___ Carro Propio___ Moto taxi___.

17. Quien cuida de usted y de sus hijos durante el embarazo y parto.

18. Quien toma las decisiones en su casa:

19. Sabe que es el Hogar de espera materna: SI___NO___

20. Si la respuesta anterior fue sí, marque cual de las siguientes es la función del hogar de espera materna

- a. Sirve para evaluar el embarazo.
- b. Evitar muertos de recién nacidos.
- c. Un lugar donde dan asesoría de cómo cuidar al bebe.
- d. Para prevenir fuera del hospital.
- e. Un lugar donde se va previo al parto, para las embarazadas que viven lejos o tiene riesgos.

21. ¿Ha nacido alguno de sus de sus hijos fuera del hospital? SI___NO___.

22. Marque cuál fue el motivo del parto fuera del hospital

- a. Había partera cerca de casa.
- b. Me quedaba muy lejos el hospital.
- c. Porque todos mis hijos han nacido en mi casa.

23. ¿Utilizaría para el próximo parto el hogar de espera materna?

SI___ NO___ AUN NO SE___

24. Motivo por el cual no asistiría al hogar de espera materna

- a. Por mi esposo
- b. Por mis hijos.
- c. Por el trabajo.
- d. Por la violencia.

ANEXO 2

MAPA GEOGRÁFICO DE LA PALMA



ANEXO 3.

Datos demográficos de Citalá.

Citalá es un municipio del departamento de Chalatenango, está limitado al norte por la Republica de Honduras; al este por el municipio de San Ignacio; al Sur por los municipios de La Palma y Metapán (Santa Ana); y al oeste, por el municipio de Metapán. Se encuentra ubicado a 92 kilómetros de San Salvador llegando sobre la carretera Troncal del Norte; según el censo oficial de 2007 tiene una población de 4,164 habitantes, cubre un área de 79.36 km² y la cabecera tiene una altitud de 715 msnm.

Para su administración Citalá está dividido en la zona urbana en los barrios San Antonio, El Tablón, San Francisco, Concepción y El Poy; en la zona rural se divide en 8 cantones y 31 caseríos, siendo ellos:

- **Lagunetas:** Las Quebradas, El Hornito, Los Higueros
- **Los Planes:** El Ocotillo, San Silvestre, Plan Grande
- **Llano de la Virgen:** Pie de la Cuesta, El Jocotillo, Guantol, Teosinte, Chacalapa, Salguazapa
- **San Ramón:** Tichan, Cerro Negro, Las Minas, Los Amates, El Terreno, Los Guayotes, La Lima
- **San Lorenzo:** Hacienda Vieja, El Chilo, El Otro Llano
- **San Francisco:** Tierra Blanca
- **Talquezalar:** Valle Nuevo, El Socorro, Peñasco Blanco, El Tendal, Casita
- **Gualcho:** Chagüitón, Plan del Rancho, La Cuestona

Actualmente Citalá es muy conocido por formar parte de la llamada Ruta Artesanal, además es un lugar de alto tráfico comercial debido a que limita con Honduras, siendo la Frontera de El Poy un sitio de entrada y salida de diversas mercancías, principalmente frutas y verduras.

ANEXO 4.

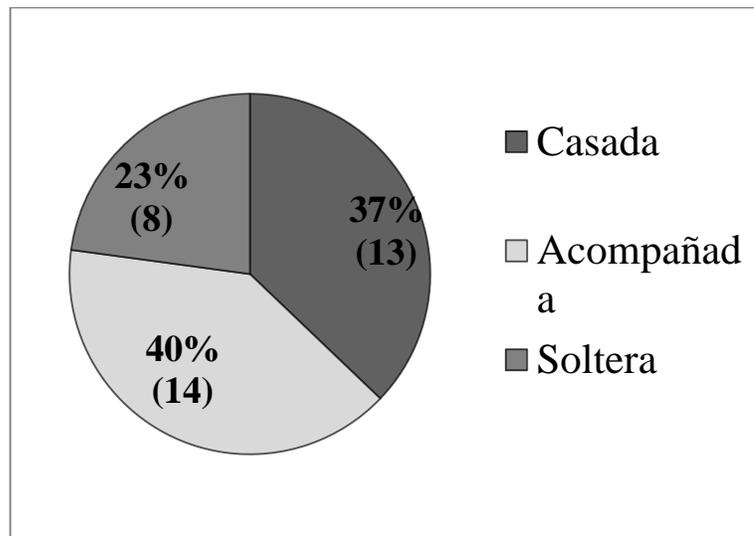
UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE CITALÁ



ANEXO 5.

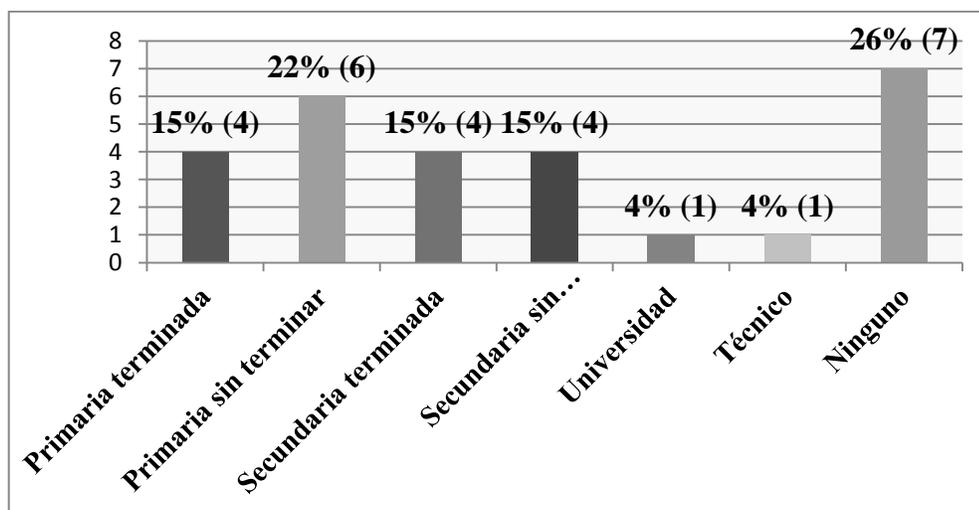
GRÁFICAS COMPLEMENTARIAS

1. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS EN ESTUDIO



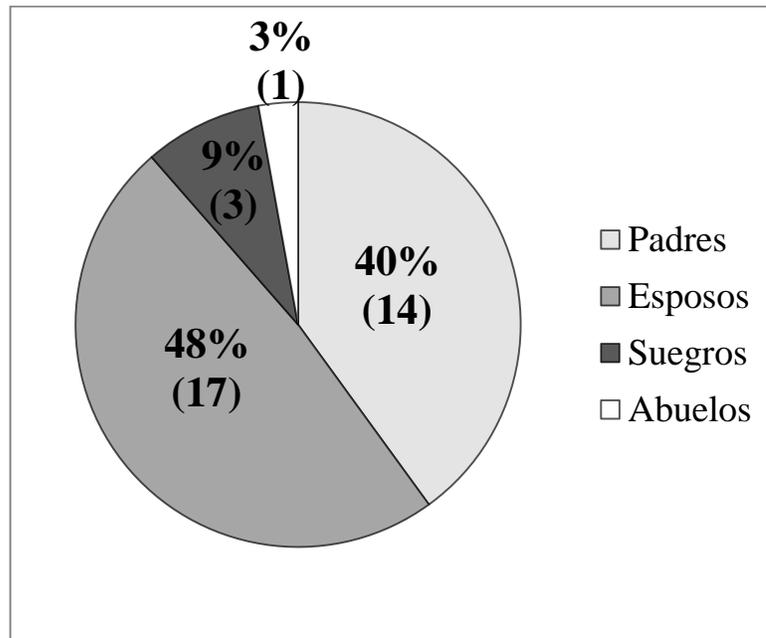
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

2. ESCOLARIDAD DEL CÓNYUGE



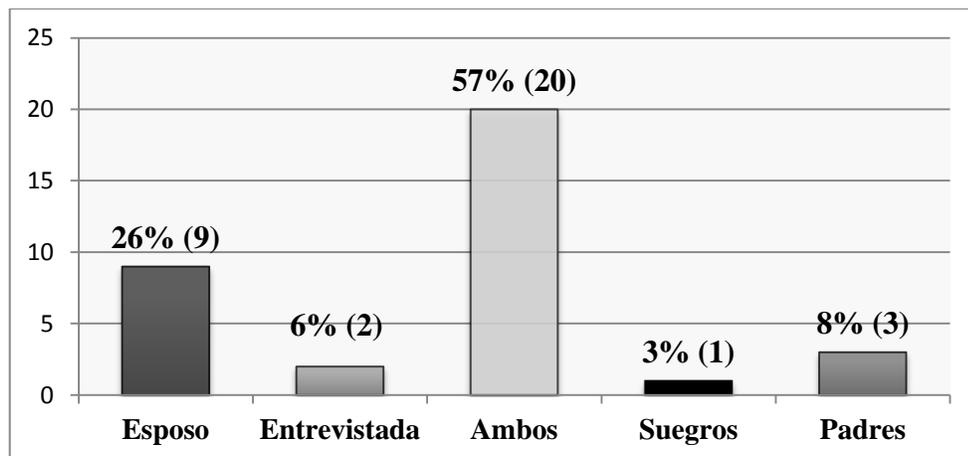
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

3. RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA EMBARAZADA DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO



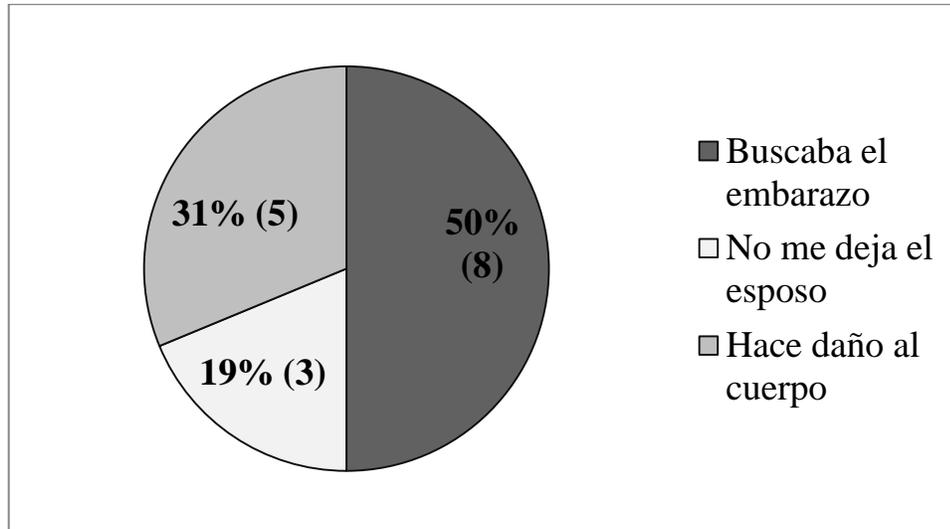
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

4. TOMA DE DECISIONES EN EL HOGAR DE LAS EMBARAZADAS



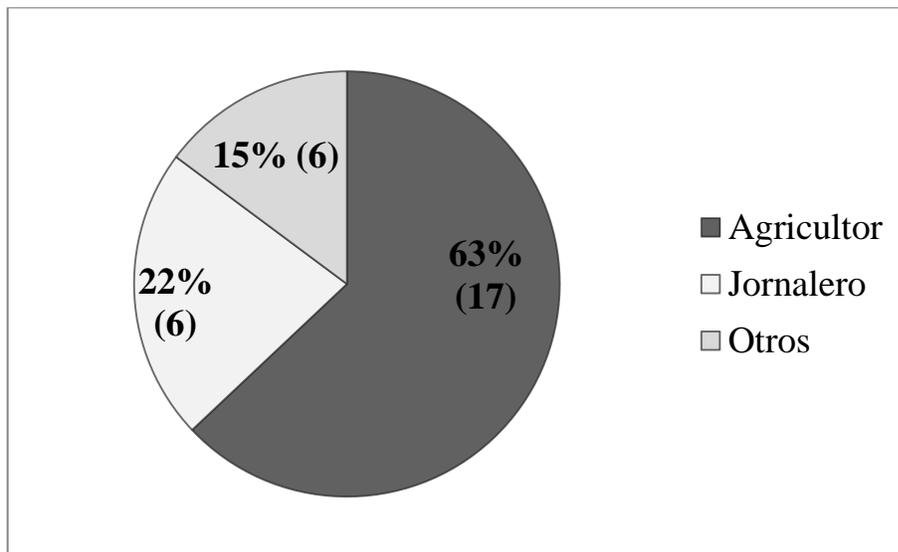
Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

5. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN EN LAS EMBARAZADAS EN ESTUDIO



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

6. OCUPACIÓN DEL CÓNYUGUE DE LAS EMBARAZADAS



Fuente: Cuestionario sobre factores asociados a la asistencia de las embarazadas provenientes de zonas de difícil acceso al Hogar de Espera Materna, Microred, La Palma, Junio-agosto 2015

DISTANCIAS APROXIAMADAS DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES DE CITALA.

Comunidades de Citalá	Distancia aproximada en KM.	Tiempo promedio de recorrido.	
		A pie	En vehículo.
Cantón Llano de la virgen	18 km	3 horas	1 hora.
Cantón Teocinte	20 km	3 horas 20 minutos	1 hora 10 minutos
Cantón Los planes	30 km	5 horas	1 hora 45 minutos
Cantón San Ramón	25 km	4 horas	1 hora 20 minutos
Cantón San Lorenzo	16 km	2 horas 30 minutos	50 minutos
Cantón Gualcho	10km	2 horas	35 minutos
Cantón Talquezalar.	24km	3 horas 45 minutos	1 hora 20 minutos

Fuente: Plan de preparativos y respuesta para emergencia y desastres de la unidad de salud de Citalá 2010

ANEXO 6.

FOTOS DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA, LA PALMA.



Foto 1. Entrada al Hogar de Espera Materna La Palma

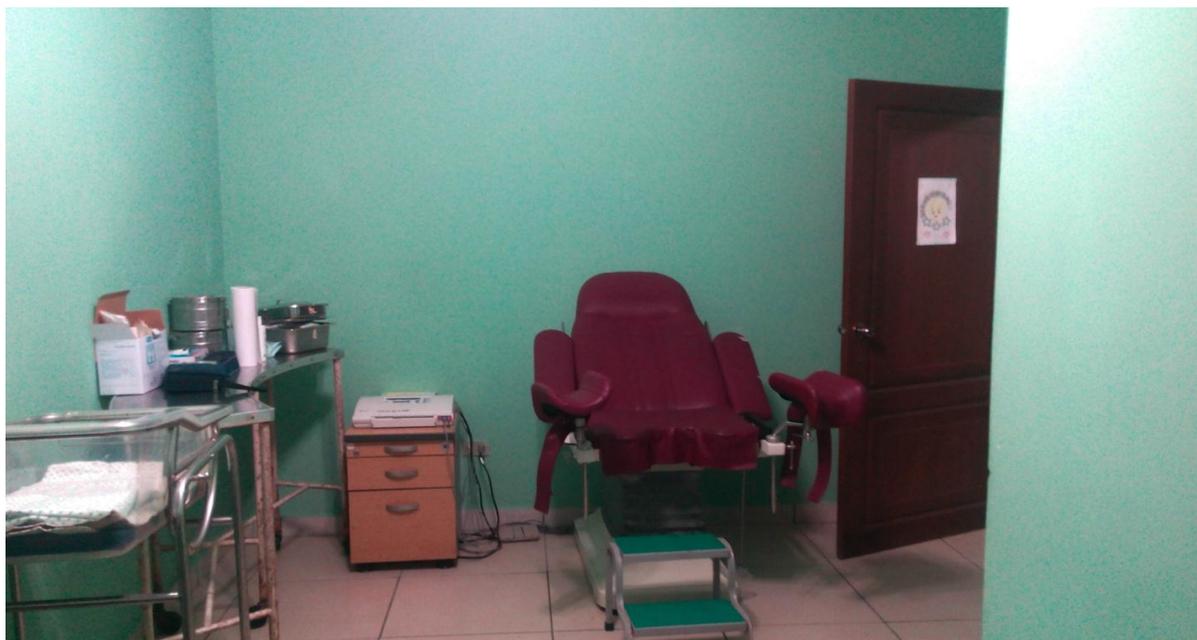


Foto 2. Área de evaluación de las embarazadas ingresadas al Hogar de Espera Materna

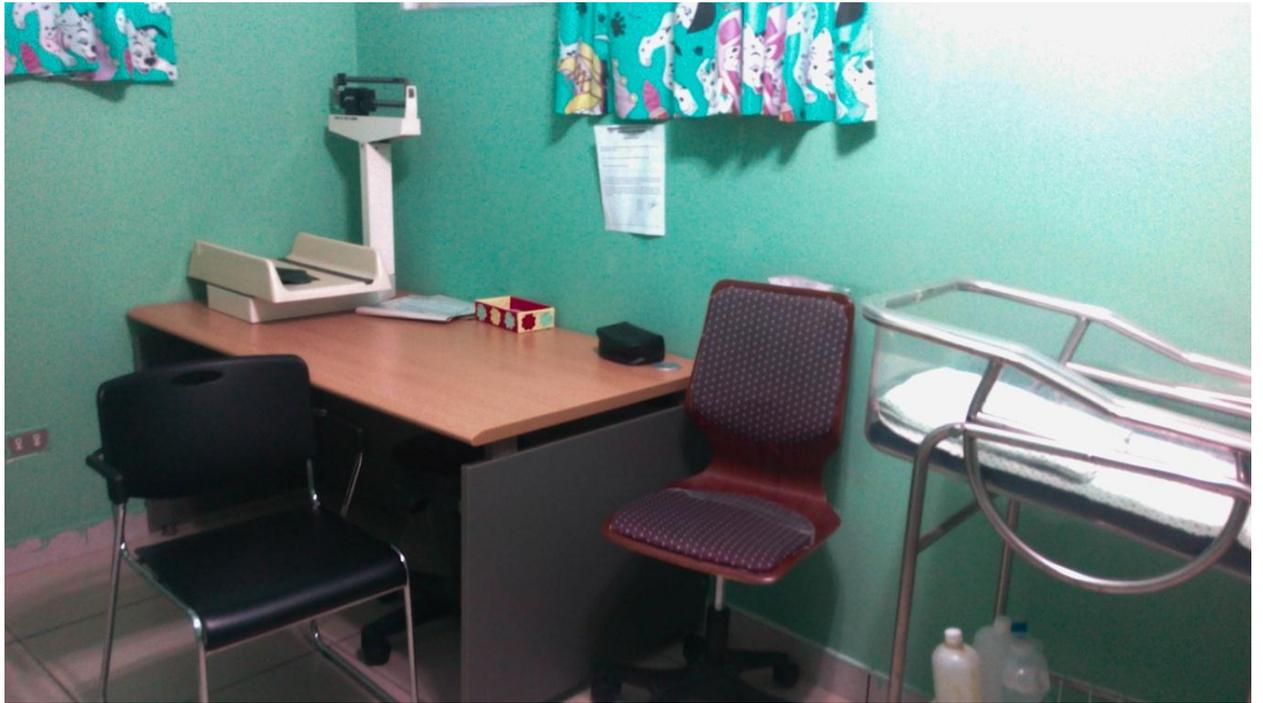


Foto 3. Área de evaluación de embarazadas en el Hogar de Espera Materna

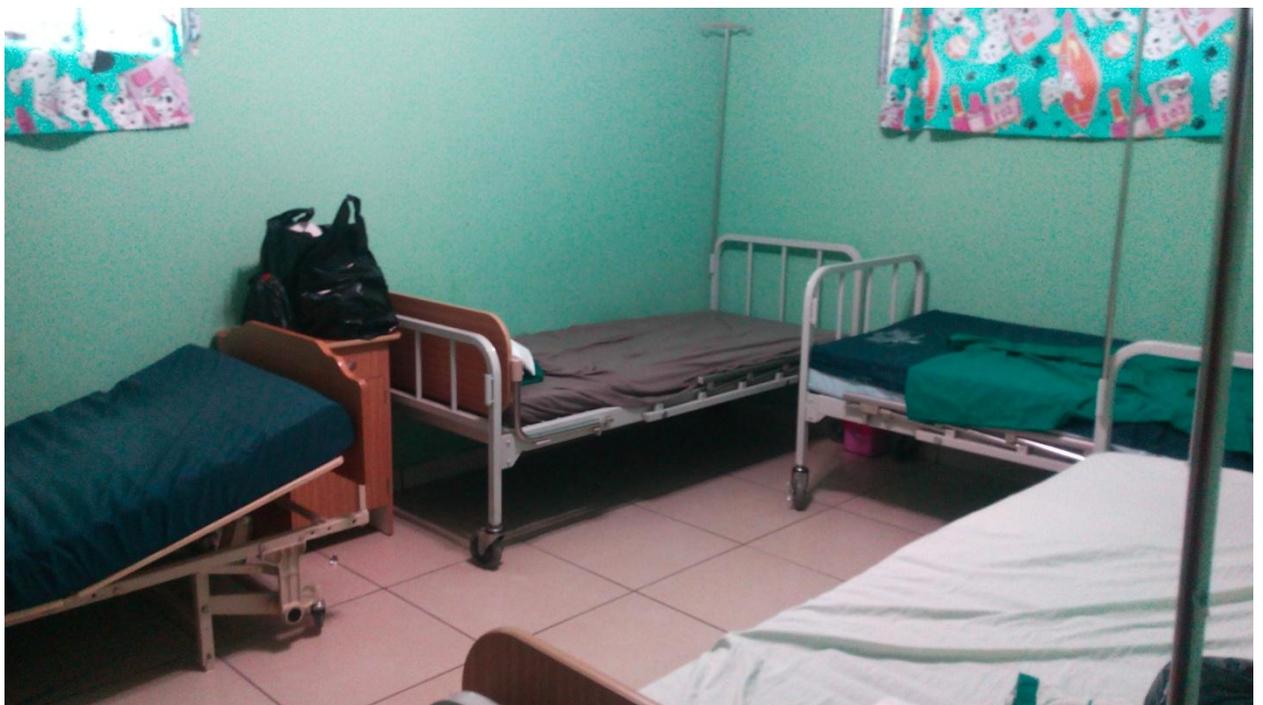


Foto 4. Habitaciones de las embarazadas en el Hogar de Espera Materna

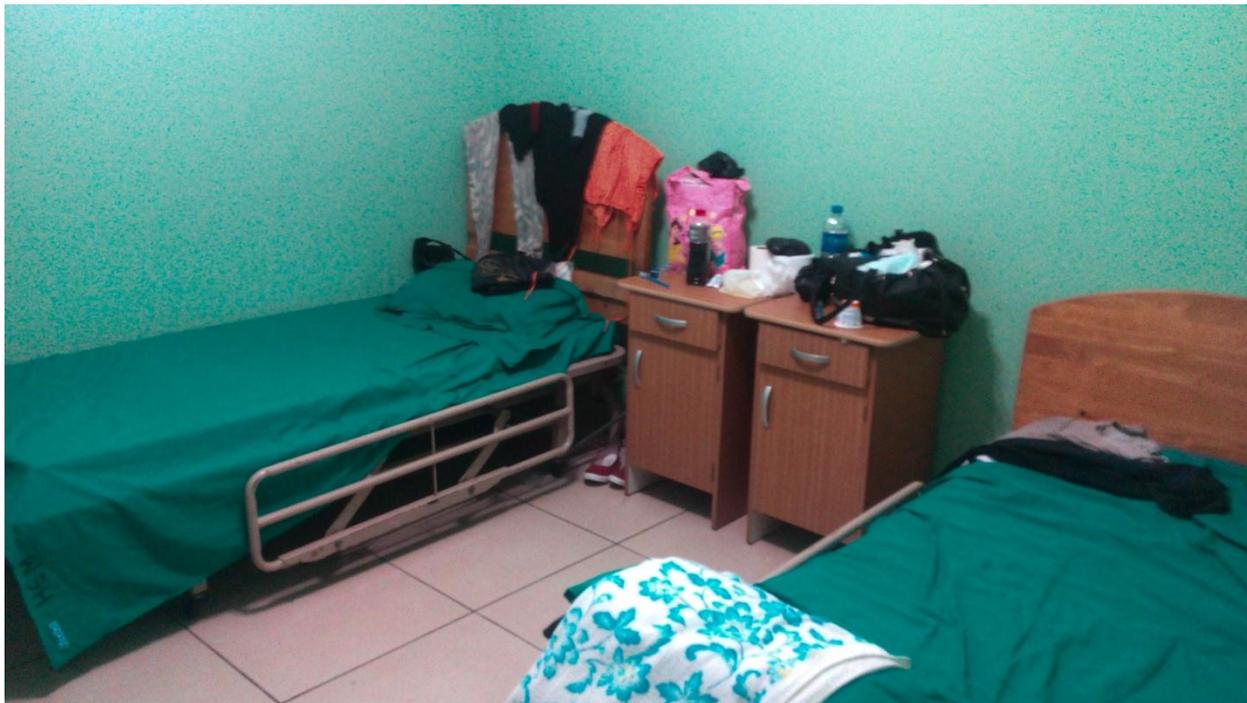
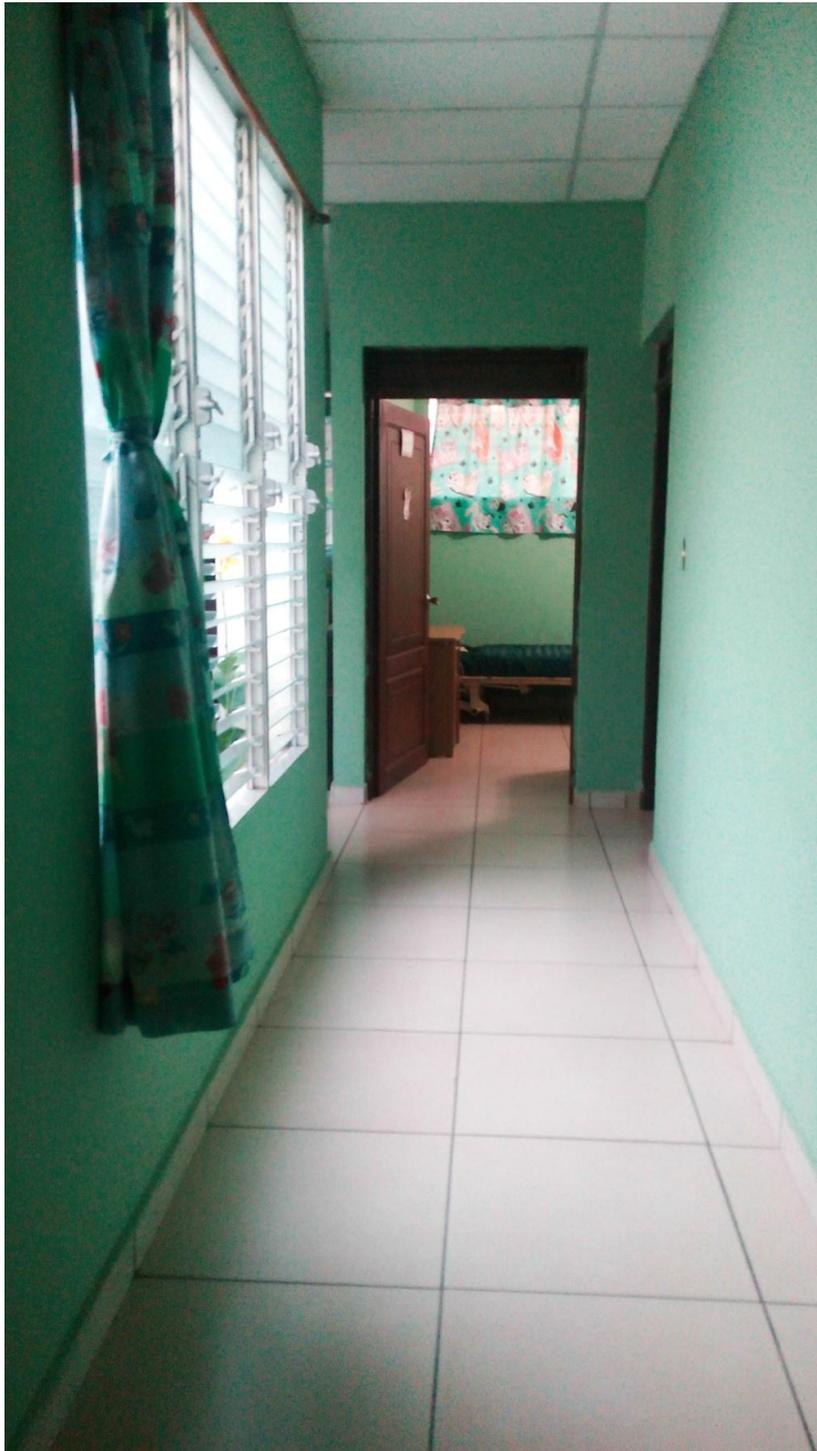


Foto 5. Habitaciones de las embarazadas en el Hogar de Espera Materna



Foto 6. Cocina y comedor en el Hogar de Espera Materna



Pasillo que conduce al comedor del Hogar de Espera Materna.