

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



**FACTORES RELACIONADOS A LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE
HOGAR DE ESPERA MATERNA EN USUARIAS DE LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR-BÁSICAS CHORRO ARRIBA Y
LAS LAJAS, MARZO A JUNIO 2015**

Presentado Por:

Sergio Carlos Valle Sanabria

José Manuel Vela García

Ana del Carmen Padilla Olán

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesora:

Dra. Ana Concepción Polanco

SAN SALVADOR, AGOSTO DE 2015.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|----|
| I. Resumen | 3 |
| II. Introducción | 4 |
| III. Objetivos | 7 |
| IV. Marco teórico | 8 |
| V. Hipótesis | 27 |
| VI. Diseño metodológico | 28 |
| VII. Resultados | 32 |
| VIII. Discusión | 45 |
| IX. Conclusiones | 48 |
| X. Recomendaciones | 50 |
| XI. Bibliografía | 51 |
| XII. Anexos | 53 |

I. RESUMEN

La presente investigación estudió los factores relacionados con la utilización o rechazo de servicio de Hogar de Espera Materna (HEM) de las usuarias embarazadas de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básica Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco. Fue desarrollada por Médicos en Servicio Social de la Universidad de El Salvador, como parte del proceso graduación.

Las comunidades de Chorro Arriba y Las Lajas, cumplen el perfil de localización geográfica, barreras económicas y sociales sobre las cuales se fundamenta la estrategia de Hogares de Espera Materna. Se consideró para esta investigación, a toda paciente embarazada independientemente de la Edad Gestacional, durante el periodo de marzo a junio de 2015.

La muestra fue de 50 personas, 25 de cada cantón, tomadas a conveniencia de los investigadores. Se utilizó una metodología de tipo descriptivo y transversal. Se realizaron encuestas durante los controles prenatales de las pacientes.

Los factores estudiados fueron: sociodemográficos, económicos, culturales e institucionales. El estudio determinó que la mayoría de las usuarias no está dispuesta a acudir al Hogar de Espera Materna; siendo el principal factor determinante para asistir o no al Hogar de Espera Materna: la opinión del compañero de vida.

Entre los factores sociodemográficos: las pacientes con mayor edad tienen mayor disposición de acudir al Hogar de Espera Materna, mientras que la escolaridad y el número de embarazos previos no son contribuyentes.

La mayoría de usuarias participantes no tienen vínculos laborales o dependencia económica que impidan que asistan al HEM. Las usuarias dispuestas a acudir al Hogar de Espera Materna si están dispuestas a realizar las tareas y actividades dentro del marco de funcionamiento del HEM.

Se debe divulgar el resultado de la investigación en el nivel local para tomar acciones para mejorar la utilización del HEM; además los investigadores consideran que es necesario estudios complementarios que profundicen en los factores encontrados como predominantes. Se debe también promover la formación de los recursos en el eje materno e infantil con la promoción de los HEM.

II. INTRODUCCIÓN.

La creación de los Hogares de Espera Materna (HEM) constituye una estrategia para salvaguardar la vida de las madres y de sus recién nacidos, teniendo como propósito superar las barreras geográficas, culturales, sociales y económicas, proveyendo de alojamiento, alimentación y atención integral para todas las embarazadas que se encuentren dentro del hogar.

Durante la práctica clínica de los investigadores llevada a cabo en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas (UCSFB) de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas, del Municipio de Izalco, al brindar controles prenatales básicos y establecer contacto con las pacientes embarazadas, se ha encontrado diversidad de opiniones –desde rechazo hasta aceptación- sobre los Hogares de Espera Materna entre las usuarias, sobre el uso de estos centros.

La ubicación geográfica de estos cantones, hace a sus usuarias poblaciones blanco importantes para esta estrategia.

Considerando el indicador de salud materno-infantil de El Salvador, es conveniente recordar que a nivel nacional en 2014 se reportaron 71 muertes maternas y 487 muertes en el período neonatal. De estas, la región Occidental reportó 19 muertes maternas (26.7%) y 156 (32%) muertes neonatales. Sonsonate, presentó 9 muertes maternas (12.7%) y 43 (8.8%) muertes en el período neonatal. Izalco reportó en 2014 una muerte materna y 10 muertes en el período neonatal, de acuerdo a datos del Sistema de Información de Morbi-Mortalidad vía web (SIMMOW) del Ministerio de Salud.

Durante el año 2014 en el Municipio de Izalco, se registraron 1,127 nacimientos. De este total, 184 pacientes hicieron uso del servicio de Hogar de Espera Materna, lo que representa el 16.3% del total de partos atendidos para este municipio.

No hay investigaciones a nivel nacional que describan las barreras para la utilización de estos servicios, ya que al revisar las bases de datos de otras universidades, se encontró que solo existen estudios que valoran los resultados de la implementación de los Hogares de Espera Materna, sin embargo no hay estudios que investiguen, las barreras para la utilización de los servicios, estudios sobre barreras que, a nivel internacional, los servicios públicos de salud han investigado este buscando mejorar la estrategia de implementación.

Por lo tanto, es importante determinar qué factores están involucrados en la decisión final de las pacientes embarazadas de esta zona geográfica para aceptar o rechazar el servicio de Hogar de Espera Materna en el final de su

embarazo, considerando que esta decisión podría ser determinante como riesgo para su salud y la del hijo que están esperando.

Los Hogares de Espera Materna surgen como una estrategia con el fin de disminuir causas de morbilidad y mortalidad materna e infantil asociadas a partos extra hospitalarios en regiones de difícil acceso geográfico, principalmente en países de renta baja, como Latinoamérica, África y Asia.¹

En 2008, en un proyecto de cooperación internacional entre los Gobiernos de la República de Corea y El Salvador, se establecen detalles del proyecto “Construcción de Hogares de Espera Materna para el Cuidado de la salud de la madre y el niño en El Salvador”, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y neonatal, proporcionando las instalaciones adecuadas para las mujeres embarazadas. Los lugares seleccionados para el proyecto fueron: San Francisco Menéndez, Candelaria de la Frontera, Sonsonate, Izalco, La Palma, Puerto de La Libertad, San Juan Nonualco, La Herradura, San Miguel y Corinto².

Es hasta abril de 2014, que se inaugura en el municipio de Izalco, el Hogar de Espera Materna³.

En 2012, una investigación liderada por Flores Hernández y cols. de la Universidad de El Salvador estudiaron el impacto del Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto en Morazán, en relación a la reducción de morbilidad materno infantil, concluyendo que la estrategia ha logrado disminuir dicho indicador en el municipio de Corinto⁴. Sin embargo, no consideraron factores relacionados a la utilización de dicho establecimiento.

A nivel centroamericano, en Guatemala, se realizó un estudio para determinar las barreras para la utilización de los Hogares de Espera Materna (Ruíz 2013), encontrando que las principales dificultades para su utilización eran la falta de información de la existencia de estas, falta de financiamiento para la sostenibilidad y discriminación por creencias culturales de las usuarias⁵.

¹ World Health Organization. Maternity Waiting Homes: A review of experiences. WHO. Geneva, Suiza. 1996

² Ministerio de Gobernación. Diario Oficial de la República de El Salvador, Tomo 381, N° 209. San Salvador, El Salvador. 6 de Noviembre de 2008. Disponible en <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2008/11-noviembre/06%2011-2008.pdf>. Consultado el 16/03/2015.

³ Ministerio de Salud. Boletín de Prensa 2 del 29 de Abril de 2014. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2014/pdf/boletin_prensa29042014_1.pdf. Consultado el 16/03/2015

⁴ Flores J, Moreno J, Reyes J. Valoración del Hogar de Espera Materna en relación a la morbimortalidad en mujeres embarazadas, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana postparto, atendidas en el Municipio de Corinto, Morazán, periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011. Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina. Facultad Multidisciplinaria de Oriente, Universidad de El Salvador. San Miguel. Agosto de 2012.

⁵ Ruíz M, van Dijk M, Berdichevsky K, y cols. “Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: a study of users' and community members' perceptions”. Culture, Health and Sexuality 15(2): 205-218. 2013

En Nicaragua, un estudio realizado por Rafael Cortez y cols. en 2008, determinó que el 75% de las mujeres entrevistadas refieren “falta de tiempo” y “problemas económicos” como factores comunes para no tener partos hospitalarios o alojarse en casas maternas.⁶

En Perú, un estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho, concluyó que entre las principales barreras estaban la permanencia prolongada, falta de apoyo de sus familias, sensación de angustia por dejar su hogar y sus quehaceres, alejamiento de la pareja, poco respeto a las costumbres alrededor del parto y puerperio⁷.

En un metanálisis de 45 estudios, realizado por van Lonkhuijzen y cols. (2012), encontraron diferentes factores relacionados con la utilización en países africanos, asiáticos y latinoamericanos, desde limitantes culturales como de infraestructura y gestión de los servicios.

En Kenia, un estudio mostró que el 95% de la población atendida, no acudía porque debía pedirle permiso a su pareja, sólo un 10% de la población apta, utilizó el servicio (Mramba 2010).

En Asia, un estudio de Laos, mostró como principal dificultad para las usuaria, la falta de privacidad y el poco respeto por sus costumbres durante el parto (Eckerman, 2008)⁸

⁶ Cortez R, García A, Kok H, Largaespada C. Serie “Cuadernos de Género para Nicaragua: Las casas maternas en Nicaragua” Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Managua, Nicaragua. 2008.

⁷ Estudio de barreras de acceso a las casas de espera materna en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA). Lima, Perú. 2011.

⁸ van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Amsterdam, Países Bajos. 2012

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los factores relacionados a la utilización del servicio de Hogar de Espera Materna en Usuaris embarazadas de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, en relación a la utilización o no del hogar de espera materna.
2. Clasificar a las usuarias embarazadas que consultaron A las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, en relación a la utilización o no del Hogar de Espera Materna
3. Establecer los principales factores económicos, culturales y sociales de las pacientes embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, que están relacionados a la utilización o no del Hogar de Espera Materna.
4. Establecer las características del modelo de atención del Hogar de Espera Materna, que influyen en la utilización o no de dicho servicio, en las pacientes embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

IV. MARCO TEÓRICO

1. EMBARAZO

Se define embarazo como el período de tiempo que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el endometrio, hasta el momento del parto⁹. La duración normal de este proceso es de 280 días con una desviación estándar de 13 días.¹⁰

Por convención se acepta la división del embarazo en tres periodos de igual duración de 3 meses calendario¹¹.

1. Primer trimestre: comprendido desde la semana 1 hasta la semana 14 de gestación.
2. Segundo trimestre: hasta la semana 28 de gestación.
3. Tercer trimestre: es comprendido desde la semana 29 de gestación hasta la semana 40.

El periodo perinatal es el tiempo transcurrido desde la 20 semanas de gestación, hasta 28 días posterior al nacimiento. Cuando la edad gestacional es incierta, suele utilizarse como límite un peso mayor o igual a 500g, inferior a este peso, los productos de la concepción se consideran abortos¹².

Debido a que el riesgo obstétrico de un embarazo es dinámico, se aceptan una serie de intervenciones, observaciones y evaluaciones en las pacientes gestantes, con el fin de detectar oportunamente riesgos que ameriten un manejo especializado. Estas intervenciones son denominadas controles prenatales, y se profundiza a continuación.

2. CONTROLES PRENATALES

El control prenatal según el Centro Latinoamericano de Perinatología se define como: la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.¹³

⁹ Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1994

¹⁰ Cunningham FG et al. Obstetricia de Williams. 23ª Edición. McGraw-Hill. México. 2011.

¹¹ Ídem

¹² Ídem

¹³ Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

Por su parte, el *American College of Obstetrician and gynecologist* (ACOG) y la *American Academy of Pediatrics* (AAP), definen la atención prenatal como: un programa de atención antes del parto, que incluye una estrategia coordinada para la atención médica integral, y que idealmente se inicia antes del embarazo y se mantiene durante todo el parto¹⁴.

Se distinguen dos tipos de control prenatal según la evaluación de la paciente:

- a. Control prenatal básico, en la cual se ven involucradas pacientes sin aparente factores de riesgo o complicaciones y será dado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista.
- b. Control prenatal especializado, para pacientes en los que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo y será proporcionado por médico gineco-obstetra.¹⁵

Para poder saber en qué categoría de control prenatal se encuentra la paciente, debe indagarse la presencia de factores de riesgo o comorbilidades de la paciente. Dentro del ministerio de salud, esto se realiza mediante una Hoja Filtro, en la que se indagan antecedentes, historia clínica general y embarazo actual. Si se detecta algún factor de riesgo desde el inicio o durante el transcurso del embarazo, la paciente deberá ser referida oportunamente al control prenatal especializado al nivel que corresponda.

Con el control prenatal se busca:

- La detección de enfermedades maternas,
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- La vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal,
- La preparación adecuada para el parto,
- La administración de material educativo para la salud, la familia y la crianza.¹⁶

La duración de la inscripción prenatal es de treinta minutos y la del control prenatal de veinte minutos, pudiendo variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que la mujer pudiera presentar.

¹⁴ Cunningham FG et al. *Obstetricia de Williams*. 23ª Edición. McGraw-Hill. México. 2011.

¹⁵ Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido" 2011.

¹⁶ Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

2.1. Control Prenatal básico.

En este grupo se incluyen aquellas pacientes que no presentan ningún factor de riesgo obstétrico, que no hayan presentado complicaciones durante el embarazo actual, o que hayan presentado complicaciones pero que estas se hayan resuelto, y el Gineco-obstetra considera aptas para que continúen con el control básico. Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica y tratamiento.¹⁷

- Componente educativo: en el cual se busca que la embarazada y su familia adquieran conocimientos y desarrollen prácticas para el autocuidado y el desarrollo de la gestación, se puedan reconocer signos y síntomas de alarma y dónde acudir en caso de emergencia, utilizando componentes tales como: involucramiento de la pareja, higiene personal, nutrición, salud mental, prevención de la violencia, promoción del plan de parto, promoción de las casas de espera materna, promoción del parto institucional y cuidados del recién nacido, entre otros.
- Componente evaluación clínica: en el cual se evalúa a la paciente y se verifica la evolución de la gestación a fin de detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente. Dentro de los componentes utilizados para dicho componente se encuentran: llenado de la hoja filtro, examen físico completo incluida la toma de PAP si no estuviera vigente, evaluación nutricional a través del IMC, toma de pruebas de laboratorio y de gabinete.
- Componente preventivo y tratamiento: en el que se busca brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer y a su hijo y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que podrían llegarse a presentar. Se incluyen en las intervenciones a realizar: administración de micronutrientes, atención odontológica, atención nutricional, aplicación de vacunas, tratamiento de infecciones, detección de embarazadas con VIH, diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Precoz
- Periódico
- Completo
- De amplia cobertura¹⁸

¹⁷ Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido" 2011.

¹⁸ Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las 12 semanas.

Periódico: a toda mujer embarazada se le deberá brindar como mínimo cinco controles prenatales (uno de inscripción y cuatro de seguimiento) de la siguiente manera:

| Controles | Semanas de embarazo |
|--------------------------|----------------------------|
| 1° Control (Inscripción) | En las primeras 12 semanas |
| 2° Control | Entre las 16-18 semanas |
| 3° Control | Entre las 26-28 semanas |
| 4° Control | Entre las 32-34 semanas |
| 5° Control | A las 38 semanas |

Fuente: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido". 2011

Completo: se debe garantizar el cumplimiento de las acciones de información, educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

De amplia cobertura: debe abarcar al cien por ciento de mujeres embarazadas.

Con calidez: la atención se brindará tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.

2.2. Control Pre natal especializado.

Este tipo de control se brinda a las pacientes que cumplen alguno de los siguientes criterios, y que deben ser evaluadas por un Gineco-obstetra¹⁹:

- a. Antecedentes obstétricos:
 - Muerte Fetal o muerte neonatal previa.
 - Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.

¹⁹ Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período pre concepcional, parto, puerperio y al recién nacido". San Salvador. 2011

- Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)
- Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)
- Hipertensión o pre eclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)
- Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.
- Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.
- Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)
- Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.
- Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh
- Malformaciones congénitas previas

b. Historia Médica General:

- Diabetes (tipo I ,II o Gestacional)
- Trastornos neurológicos (Epilepsia, paroplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)
- Trombosis venosa profunda (actual o previa).
- Cardiopatía (Congénita o adquirida)
- Consumo de drogas o alcohol.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Cualquier otra enfermedad o afección médica severa

c. Embarazo actual:

- Embarazada < 15 años ó >35 años de edad
- Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m² ó > 40 Kg/m²)
- Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.
- Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)
- Embarazo no deseado
- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple
- Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino
- Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro
- Hemorragia Vaginal.
- Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)
- Existencia de otros signos/síntomas de toxemia
- Masa Pélvica.

3. ESTRATEGIA PLAN DE PARTO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.²⁰

Los Lineamientos Técnicos Operativos para la Estrategia Plan de Parto han sido elaborados con el propósito de proporcionar a los proveedores de servicios de salud de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), la información necesaria para promover y ejecutar, paso a paso, la Estrategia de Plan de Parto con la mujer embarazada, su familia y la comunidad, generando en ellos la responsabilidad de la preparación anticipada de los insumos necesarios para el parto hospitalario y la búsqueda de atención en salud oportuna, ante cualquier signo de complicación en la mujer embarazada, puerpera y su recién nacido.

Los lineamientos técnicos establecen metodológicamente las acciones a desarrollar para la implementación de una estrategia integradora, como parte del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que es aceptada y ejecutada, consciente y voluntariamente por la mujer embarazada, su familia y la comunidad, a fin de que contribuya a minimizar la morbilidad materna y perinatal en el país.

La Estrategia Plan de Parto está considerada como una de las intervenciones en salud prioritarias que ayudan a desarrollar aptitudes para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales, con un enfoque de promoción y participación comunitaria; ya que las intervenciones de educación para la salud relacionadas con el autocuidado, como es el plan de parto deben de ser diseñadas con la participación de las mujeres embarazadas, sus parejas y otras personas que influyan en los procesos de la toma de decisiones en la familia.

La OMS en la Iniciativa de reducir los riesgos del embarazo, plantea la necesidad de formulación de estrategias nacionales con el objetivo de reducir la mortalidad materna y mejorar la salud del recién nacido, con un enfoque participativo: mujer, individuo, familia y comunidad (MIFC) que esté integrada con los programas de salud institucionales.

Como MIFC, también están enlazadas al Plan de Parto, las Casas de Espera Materna, con las que se facilita el acceso de la población al hospital para la atención del parto, además de labor educativa que se realiza en estas instalaciones promoviendo el autocuidado de la mujer embarazada, en cuanto a los cuidados durante el embarazo, el puerperio, los cuidados básicos del recién

²⁰ Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto". San Salvador. 2011.

nacido, así como se analizan temáticas como los derechos sexuales y reproductivos.

La estrategia plan de parto consiste en una serie de acciones que realizan la mujer y su familia, apoyándose en la organización de actores sociales claves existentes y la participación activa de la comunidad, a fin de prever todo lo necesario para la atención de la mujer embarazada y el recién nacido, las cuales serán facilitadas por los proveedores de servicios de salud para lograr la búsqueda oportuna de atención en salud ante una emergencia obstétrica, perinatal y para la atención del parto institucional, para contribuir a una maternidad segura.

Con la estrategia plan de parto, se busca contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, en los espacios geopoblacionales donde se desarrolle la Estrategia, en el marco de la atención primaria en salud integral.

De igual manera, la promoción en salud, se integra a la estrategia intentando mejorar las condiciones de vida de las personas no sólo con la búsqueda de un proveedor de salud calificado, sino mejorar su ambiente, la nutrición, vigilancia del crecimiento y desarrollo, recreación, seguridad, unión familiar, en fin todas aquellas condiciones orientadas a que vivan mejor. Además en la Estrategia Plan de Parto se enfatizará la orientación a la mujer embarazada, su familia y comunidad para la búsqueda oportuna de atención en salud de la mujer y su recién nacido, cuando sea necesario.

Para facilitar la labor educativa se hace necesario identificar a la totalidad de las embarazadas, puérperas y recién nacidos de área de responsabilidad, utilizando el apoyo de la información de la ficha familiar y el mapa sanitario para la vigilancia obstétrica establecida en los lineamientos operativos de los Ecos familiares.²¹

Dentro de las actividades sugeridas para los proveedores de salud, para realizar cambios conductuales en la población (embarazadas, familia y comunidad) se tiene:

- Realizar jornadas de sensibilización e información sobre la estrategia de plan de parto con actores claves comunitarios para generar compromisos y responsabilidades.
- Informar sobre el plan de parto a nivel de la familia y de la comunidad.

²¹ Ministerio de Salud. "Lineamientos operativos de los ECOS familiares". 2013

- Coordinación intra e intersectorial para mejorar la atención de la embarazada, puérpera y recién nacido en el marco de las determinantes de salud.

La Estrategia Plan de Parto nos plantea la necesidad y la oportunidad de generar los mecanismos que favorezcan la participación social y despertar el interés de posibles aliados de la sociedad civil, sector público y privado, para lograr el desarrollo de las comunidades a través de la ejecución de las actividades necesarias para implementar dicha Estrategia.

Los Ecos Familiares son el primer eslabón en las RISS. En su primer acercamiento con la embarazada y su familia, deberá informarles y comunicarles sobre la Estrategia Plan de Parto, identificar los actores claves que existen y trabajan en la comunidad, quienes podrían apoyar la operativización efectiva de la Estrategia.

Entre los posibles actores sociales claves, para la realización de la Estrategia de Plan de Parto en apoyo interinstitucional se tienen:

| Organizaciones | Áreas de apoyo |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Municipalidades ▪ Consejos Locales de Salud ▪ Grupos religiosos ▪ Familiares ▪ Líderes comunitarios ▪ Organizaciones de gobierno ▪ Voluntarios en salud ▪ Asociación comunal, en algunos casos ADESCOS ▪ Organizaciones no gubernamentales ▪ Cooperativas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporte ▪ Comunicación ▪ Resguardo de los hijos u hogar ▪ Servicios de salud ▪ Educación para la salud |

Tomado de: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto". 2011.

Los momentos establecidos para que la Estrategia Plan de Parto sea implementada son:

- Embarazo
- Parto
- Post parto y recién nacido.

La Estrategia Plan de Parto debe iniciarse en forma temprana en toda mujer embarazada detectada por algún proveedor de salud institucional, antes de las doce semanas. Sin embargo, de no ser esto posible, debe implementarse en cualquier momento del embarazo (independientemente su edad gestacional), ya que se puede presentar cualquier complicación en estos períodos, y poner en riesgo la vida de la madre y el producto de la gestación. También es importante señalar, que en el área rural o urbana donde exista un Ecos Familiar, éste será el responsable de facilitar la operativización de la Estrategia.

3.1. Acciones a desarrollar por la embarazada y su familia.

Se debe tener en cuenta que la Estrategia de Plan de Parto considera desde el inicio del embarazo y su desarrollo posibles complicaciones que convierten un embarazo de bajo riesgo en uno de alto riesgo, por lo tanto, estas acciones como la elección del hospital para la verificación del parto, señalar posibles complicaciones, realizar coordinaciones con personas que pudieran colaborar a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, son acciones que se debe realizar durante todo el embarazo, tanto en pacientes de alto riesgo como de bajo riesgo y adaptándose a todo el proceso.

| Acciones en la Estrategia Plan de Parto |
|--|
| Elaborar la ficha de la mujer embarazada en conjunto con el personal de salud y su familia. |
| En caso que la mujer embarazada y su familia tengan dificultad para trasladarse a la atención del parto hospitalario o de una complicación obstétrica o del recién nacido, se establecerán coordinación con el Comité de Salud para el traslado al hospital. |
| Fomentar en la embarazada la necesidad de ingerir una alimentación adecuada y ejercicio físico, así como la preparación para la lactancia materna exclusiva y el suministro de micronutrientes. |
| Identificar y decidir en qué hospital verificará el parto de acuerdo al área donde vive. Se debe de respetar la decisión de la embarazada de que su parto sea atendido por |

| |
|---|
| personal calificado, es deber de la familia apoyarla y acompañarla durante el traslado. |
| Ante la presencia de señales de complicaciones buscar ayuda oportuna en el establecimiento de salud. |
| Estar pendiente de la fecha probable del parto de la embarazada, para apoyar en la identificación y coordinación de un alojamiento cercano (casa de espera materna, casa de un familiar, amigo) al hospital, donde se atenderá su parto, en caso de ser necesario a partir de la trigésima octava semana. |
| Identificar y establecer comunicación con las personas que pueden colaborar con el cuidado de sus hijos y de su hogar durante su hospitalización; la familia debe de tener un rol activo en brindar este apoyo. |
| La familia debe de facilitar la provisión de los insumos necesarios para la higiene y cuidado personal de la mujer en parto y para el recién nacido. |

Fuente: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto". 2011.

3.2. Acciones a desarrollar por la comunidad

La Estrategia Plan de Parto en la comunidad tiene por objetivo gestionar coordinaciones efectivas con otras instituciones, miembros de la comunidad, para la asistencia de la usuaria durante el embarazo y brindando transporte durante el trabajo de parto en situaciones donde los servicios institucionales del MINSAL se ven limitados.

| Acciones en la Estrategia Plan de Parto |
|--|
| Solicitar al personal de salud la capacitación de la Estrategia de Plan de Parto y cuál es el rol de la comunidad en el desarrollo de esta Estrategia. |
| Mantener una coordinación y comunicación efectiva con el personal de salud, parteras para identificar a todas las embarazadas ayudando a la realización de la vigilancia comunitaria, con el propósito de apoyar la asistencia a los controles prenatales, consultar ante la presencia de signos y síntomas de complicaciones y orientar a minimizar las etnoprácticas que ocasionen daños a la salud. |
| Solicitar que se les capacite en signos y síntomas de complicaciones obstétricas y capacitación en asistencia legal para sensibilizar a la embarazada y familia a la búsqueda de atención oportuna en salud. |
| Organizar y operativizar una red de transporte comunitario para el traslado al hospital y retorno a sus casas; para aquellas embarazadas que requieran este apoyo. |

En los lugares que se cuente con Casas de Espera Materna que brinda alojamiento a las gestantes de su comunidad, apoyar la sostenibilidad en cuanto a alimentación e insumos para las madres y los recién nacidos.

Participar en las Asambleas comunitarias donde se realiza la rendición de cuentas, donde se socializarán los principales logros y retos en la implementación de la Estrategia de Plan de Parto.

Fuente: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto". 2011.

3.3. Acciones a desarrollar por personal de salud de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y hospitales

| Acciones en la Estrategia Plan de Parto |
|---|
| Iniciar Estrategia Plan de Parto con cada embarazada, detectadas en la comunidad de su área responsabilidad y llenar dos ficha de plan de parto. En el caso que se sospeche de un embarazo referirla a la UCSF Intermedia para su confirmación. |
| En caso de atender una embarazada que no corresponde a la población de su área de responsabilidad, se coordinará con la UCSF del área de responsabilidad del domicilio (de la embarazada) para hacerles participar en el seguimiento de la usuaria. |
| En caso de que la usuaria no quiera asistir al examen para confirmar embarazo, se comunicara al Ecos Familiar, promotor de salud o personal de la UCSF intermedia, dejando un intervalo de una semana para su visita de seguimiento de Investigar si es un embarazo no deseado. |
| Una vez confirmado el embarazo y determinado la fecha probable de parto, el proveedor de servicios de salud deberá aplicar la Estrategia Plan de parto. |
| Registrar las actividades desarrolladas en la ficha Plan de Parto, en el cuadro de seguimiento. |
| Promover el resguardo y uso adecuado de la ficha de Plan de Parto por la usuaria y que la guarde junto con su carné de embarazada. |
| Explicar a la embarazada y su familia como desarrollar su plan de parto y dar seguimiento a su aplicación. |
| Elaborar y mantener actualizado mensualmente el listado de embarazadas con plan de parto de su comunidad. |
| Identificar conjuntamente con la embarazada y su familia quienes pueden apoyar a la embarazada en el desarrollo de la Estrategia Plan de Parto, considerar los actores sociales de acuerdo a cada caso. |
| Facilitar la integración y organización de la red social de apoyo a Estrategia Plan de |

| |
|--|
| Parto, con la comunidad, al dar a conocer al Comité de Salud el número de embarazadas que mensualmente tendrán su parto y coordinar su transporte al hospital. |
| Durante las visitas de seguimiento se debe brindar consejería durante el embarazo, enfatizando sobre la identificación y búsqueda de atención oportuna ante la presencia de complicaciones obstétricas. |
| Fortalecer mecanismos de coordinación y comunicación con la Casa de Espera Materna y el Hospital de referencia. |
| Identificar junto con la embarazada y su familia los actores claves de la comunidad para organizar transporte de la embarazada a la Casa de Espera Materna (si existe) o al hospital: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las personas o instituciones en la comunidad que cuentan con vehículo. - Coordinar con el Comité de Salud, Asociaciones comunales, en algunos casos ADESCO el traslado de la usuaria al establecimiento de salud donde verificará parto o se le atenderá una complicación obstétrica. - Verificar el compromiso de la embarazada y su familia con las personas de la comunidad que pueden transportarla al hospital, anotando en la Ficha de Plan de Parto el nombre de la persona que lo ejecutará. |
| Si la usuaria vive muy distante del hospital, se sugiere que identifique un familiar o un amigo que resida en las cercanías de él o en una Casa de Espera Materna para hospedarse a partir de las 38 semanas de edad gestacional. |
| Coordinar transporte de la embarazada, quien se hará acompañar preferentemente de su esposo o compañero de vida u otro familiar hacia el hospital hasta su ingreso, asegurándose que lleve: <ul style="list-style-type: none"> - Documento Único de Identidad (DUI) - Copia de DUI del papá del niño o niña - Carné materno - Ficha Plan de Parto - Artículos de higiene personal - Ropa para el recién nacido y la madre |
| Coordinar y capacitar a los miembros del Comité de Salud, sobre el cuidado y signos de complicaciones de las embarazadas, puérperas y recién nacidos. |
| En la rendición de cuentas en Asamblea comunitaria se socializará los resultados de mujeres embarazadas y recién nacidos que fueron atendidos en el Hospital como resultado del apoyo dado a la Estrategia de Plan de Parto. |
| En las evaluaciones trimestrales que se realicen incluir indicadores relacionados a la Estrategia de Plan de Parto. |

Fuente: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto". 2011.

El monitoreo de la Estrategia Plan de Parto es importante, porque dará el parámetro del grado de avance en la implementación, ayudará a identificar fortalezas y debilidades que facilitan o limitan, respectivamente, su exitosa aplicación en las comunidades.

El proceso de monitoreo se debe realizar por medio de la revisión periódica y sistemática de información vital sobre personal capacitado para aplicar la Estrategia Plan de Parto, así como de la aplicación de las acciones por los proveedores de servicios de salud evidenciados en los resultados relacionado con el uso de los servicios institucionales durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido.

La implementación correcta y exitosa del proceso de referencia y retorno requiere de un trabajo en equipo, entre la usuaria, su familia y comunidad con el Hospital y la UCSF, donde cada uno sabe el momento preciso de actuar y apoyar en el trabajo de los otros miembros del equipo de acuerdo al trabajo en RISS.

4. HOGARES DE ESPERA MATERNA.

4.1. Antecedentes históricos.

Los Hogares de Espera Materna surgen como una estrategia con el fin de disminuir causas de morbilidad y mortalidad materna e infantil asociadas a partos extra hospitalarios en regiones de difícil acceso geográfico.²²

El primer antecedente registrado sobre los hogares maternos se remonta a mayo de 1891, donde el profesor Adolfo Pinard, en su discurso “De l’assistance des femmes inceints”, dio a conocer sus esfuerzos a favor de las embarazadas de escasos recursos. Ese mismo año inaugura en París, una casa para albergue de mujeres embarazadas, para ingresarlas ahí durante las últimas semanas de gestación y donde los partos eran atendidos por Pinard y colaboradores²³.

En 1888, tras una visita a París, el obstetra cubano Eusebio Hernández Pérez conociendo a Pinard, y siendo testigo de la reforma en cuanto a la atención a las mujeres embarazadas. Lleva la idea a Cuba, y en 1910 en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes propone en un informe a Secretario de

²² World Health Organization. Maternity Waiting Homes: A review of experiences. WHO. Génova, Suiza. 1996

²³ Gutierrez JA, Delgado G. Antecedentes de los hogares maternos. Cuad Hist Salud Pública serie en Internet. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000100005&Ing=en. Consultado el 17/03/2015

Sanidad la creación de 2 tipos de instituciones: el primero, un asilo para embarazada; el segundo, un asilo para puérperas. Fue hasta 1940 cuando se funda el Hospital de Maternidad Municipal “América Arias”, donde se crea una sala para el ingreso de madres que posterior al parto no tenían vivienda²⁴.

Es en 1962 que se inaugura en Guantánamo, el primer hogar materno moderno de Latinoamérica. Ya en 1984 había 85 instituciones de su tipo en Cuba. Posteriormente en Colombia, Nicaragua, Honduras, Brasil y Chile.²⁵

4.2. Estrategia HEM en El Salvador

En 2008, en un proyecto de cooperación internacional entre los Gobiernos de la República de Corea y El Salvador, se establecen detalles del proyecto “Construcción de Hogares de Espera Materna para el Cuidado de la salud de la madre y el niño en El Salvador”, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y neonatal, proporcionando las instalaciones adecuadas para las mujeres embarazadas. Los lugares seleccionados para el proyecto fueron: San Francisco Menéndez, Candelaria de la Frontera, Sonsonate, Izalco, La Palma, Puerto de La Libertad, San Juan Nonualco, La Herradura, San Miguel y Corinto²⁶.

4.2.1. Modelo de Funcionamiento de los Hogares de Espera Materna.

El Ministerio de Salud define el Hogar de Espera Materna como una instalación comunitaria cuya función principal es el alojamiento temporal de las gestantes con riesgo obstétrico, 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 complicado²⁷.

La estrategia se establece con el objetivo de propiciar una atención integral de las gestantes que demanden o sean referidas a los Hogares de Espera Materna, garantizándoles el alojamiento y la promoción básica de la salud. Los principios que rigen el funcionamiento de estos establecimientos son: gratuidad, interinstitucionalidad y universalidad²⁸.

²⁴ Ídem

²⁵ Ídem

²⁶ Ministerio de Salud. Boletín de Prensa 2 del 29 de Abril de 2014. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2014/pdf/boletin_prensa29042014_1.pdf. Consultado el 16/03/2015

²⁷ Ministerio de Salud. Guía Para la Operativización de la Estrategia “Hogares de Espera Materna”. San Salvador, Marzo de 2008.

²⁸ Ídem

La administración de un Hogar de Espera Materna está a cargo de un Comité Directivo formado por el director de la Unidad de Salud del municipio y su jefe de Enfermeras, un promotor de salud, un representante del gobierno local, un representante del comité de salud y dos miembros honorarios de la sociedad civil, estos últimos como parte del componente de participación comunitaria de las estrategias de Plan de Parto y Hogares de Espera Materna. Sin embargo la responsabilidad administrativa ante el Ministerio de Salud es directamente del director o directora de la Unidad de Salud, del área geográfica de influencia del Hogar de Espera Materna.²⁹

4.2.2. Requisitos para la implementación de los Hogares de Espera Materna.

Según la normativa vigente, los requisitos que se deben cumplir para la implementación de la estrategia son³⁰:

- Población con limitado acceso geográfico a los servicios de salud de Segundo y Tercer nivel.
- Localización del establecimiento cercano a una Unidad de Salud o establecimiento que preste atención las 24 horas del día y con capacidad de resolver emergencias obstétricas.
- Municipio con categoría de alta o extrema pobreza
- Altas tasas de mortalidad materna y perinatal.
- Municipio o comunidad que cuente con organización comunitaria efectiva.
- Coordinación efectiva con el Ministerio de Salud para la asignación de recursos.

4.2.3. Funcionamiento de los Hogares de Espera Materna.

Basados en los principios de gratuidad, interinstitucionalidad y universalidad, los HEM, funcionan financiados por el Estado, a través del Ministerio de Salud. Los establecimientos cuentan con recursos humanos mínimos³¹:

- Médico Gineco-obstetra: que realiza evaluaciones cada mañana a las pacientes.
- Enfermera: presentes las 24 horas del día, y entrenadas en salud materno infantil y conocimientos de atención prenatal y atención de parto.

²⁹ Ídem

³⁰ Ídem

³¹ Ministerio de Salud. Guía Para la Operativización de la Estrategia "Hogares de Espera Materna". San Salvador, Marzo de 2008

- Licenciadas en Salud Materno infantil: Presentes idealmente 24 horas, aunque disponibles según complejidad de cada establecimiento.
- Administrativos: polivalente y secretaria.

El abastecimiento de alimentos, insumos médicos, medicamentos, artículos de aseo y de oficina, también son responsabilidad del Estado. Sin embargo la estrategia de Hogar de Espera Materna incluye participación comunitaria que se ve reflejado en las tareas que realizan las pacientes ingresadas en el HEM. Estas actividades consisten en³²:

- Orden y aseo: las pacientes son las responsables de mantener la limpieza de las instalaciones, a través de programaciones decididas en consenso, teniendo en cuenta la condición actual del embarazo de cada paciente en particular.
- Alimentación: las usuarias serán las encargadas de cocinar los alimentos para el grupo, sin embargo las provisiones son responsabilidades del Estado, teniendo en cuenta la condición de cada paciente.
- Participación en talleres y actividades: Las pacientes deben de participar en actividades de educación y convivencia que se lleven a cabo en la institución.
- Convivencia con los familiares: Las usuarias de los HEM pueden recibir la visita de sus familiares de 7:00 horas hasta las 18:00 horas, todos los días, y los familiares pueden ayudar a las pacientes en las labores que tengan asignadas.

4.2.4. Situación del HEM en Izalco

En abril de 2014, que se inaugura en el municipio de Izalco, el Hogar de Espera Materna, para mujeres gestantes, puérperas y sus recién nacidos provenientes de zonas rurales de difícil acceso, con una población beneficiada de aproximadamente 164,000 habitantes, según datos del Ministerio de Salud³³.

El Hogar de Espera Materna (HEM) de Izalco, tiene una población beneficiaria estimada de 164,000 personas. Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas, poseen una población de 2,955 y 2,974 respectivamente, según datos del Sistema de Información de Ficha Familiar³⁴.

³² Ídem

³³ Ministerio de Gobernación. Diario Oficial de la República de El Salvador, Tomo 381, N° 209. San Salvador, El Salvador. 6 de Noviembre de 2008. Disponible en <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2008/11-noviembre/06%2011-2008.pdf>. Consultado el 16/03/2015.

³⁴ Sistema de Información de Ficha Familiar del Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.siff.salud.gob.sv/> consultado el 17/03/2015.

Durante el año 2014 en el Municipio de Izalco, se registraron 1127 nacimientos. De este total, 184 pacientes hicieron uso del servicio de Hogar de Espera Materna, lo que representa el 16.3% del total de partos atendidos en este Municipio³⁵.

Respecto a la mortalidad materno-infantil, nivel nacional en 2014 se reportaron 71 muertes maternas y 487 muertes en el período neonatal. De estas, la región Occidental reportó 19 muertes maternas (26.7%) y 156 (32%) muertes neonatales. Sonsonate, presentó 9 muertes maternas (12.7%) y 43 (8.8%) muertes en el periodo neonatal. Izalco reportó en 2014 una muerte materna y 10 muertes en el periodo neonatal, de acuerdo a datos del Sistema de Información de Morbi-Mortalidad vía web (SIMMOW) del Ministerio de Salud ³⁶

5. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOGAR DE ESPERA MATERNA.

Los datos discutidos anteriormente sobre el uso del Hogar de Espera Materna de Izalco, muestran que a pesar de ser una población predominantemente rural, el uso del Hogar de Espera Materna, es de solo 16%.

A nivel nacional, en El Salvador, no se cuentan con estudios ni datos oficiales que evalúen las razones por las cuales las usuarias aptas para utilizar el servicio, prefieran rechazarlo. Por otro lado, a nivel internacional, esta situación ha sido analizada. Se han encontrado casos de fracasos de la Estrategia como sucedió en Ghana en 1997³⁷.

Los factores que determinan la utilización de los Hogares de Espera Materna, pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. Factores socioculturales.
2. Factores institucionales.

5.1. Factores socioculturales.

Estos factores incluyen aquellos determinados por las costumbres, actitudes y roles de las embarazadas en su comunidad. Estudios internacionales han demostrado que en la mayoría de poblaciones donde se han estudiado, resultan los más significativos.

³⁵ Sistema de Información de Ficha Familiar del Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.siff.salud.gob.sv/> consultado el 17/03/2015.

³⁶ Sistema de Información de Morbi-Mortalidad vía web (SIMMOW). Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.simmow.salud.gob.sv/>. Consultado el 20/03/2015

³⁷ van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Amsterdam, Países Bajos. 2012

Entre ellos se pueden mencionar³⁸:

- Cuidado de las familias: En Ghana, Martey y cols. en 1995, determinaron que el 90% estaría dispuesto a utilizarlo, pero el cuidado de otros hijos lo impedía. En Nicaragua, Wessel en 1990, llegó a similar conclusión como principal impedimento. En Perú, un estudio de las Naciones Unidas de 2011, determinó que las pacientes no acudían por falta de apoyo familiar y dejar sus quehaceres diarios.
- Machismo: En Kenia, Mramba y cols, determinaron que el 95% de la población no lo utilizó debido a que debían pedirle permiso a sus parejas para acudir.
- Costumbre sobre parto y puerperio: Un estudio de Eckerman en 2008, en Laos, determinó que las pacientes no acudían a los establecimientos porque sentían que sus costumbres respecto al parto y al puerperio no eran respetados. Por otra parte, una evaluación a la estrategia HEM en Perú (Fraser 2008) determinó que parte del éxito de la iniciativa se debía a que los prestadores de servicios habían sabido adaptarse a las costumbres de las pacientes.

5.2. Factores institucionales.

Es esta categoría, se incluyen aquellos factores relacionados con la forma operativa de los establecimientos y el marco regulatorio de las instituciones normadoras.

Aquí se incluyen³⁹:

- Infraestructura; el poco espacio físico, mal estado de las instituciones y la falta de privacidad, destacan en estudios en Laos y Zimbawe. (Eckerman, 2008 y van den Heuvel, 1999)
- Realización de tareas: Escases de alimento, tener que aportarlos y cocinarlo, tener que realizar el aseo de las instalaciones, fueron determinantes en la utilización de los hogares en estudios de Zimbawe y Zaire.
- Participación familiar: en Honduras un estudio estableció que la participación activa de la familia en las actividades de los HEM, mejoró la utilización. Caso similar en Perú

³⁸ Idem

³⁹ Van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Amsterdam, Países Bajos. 2012

- Relación usuario-paciente: En Malawi, el maltrato recibido ocasionalmente por personal del establecimiento (Touray y Daffeck, 2003). Datos similares se reportaron en Guatemala (Ruíz, 2013).
- Mala promoción del servicio: Un estudio realizado en Guatemala, determinó que las pacientes no utilizaban el servicio, porque no recibían información sobre su utilización.
- Costo económico: En Ghana, parte del fracaso se atribuye a que a las pacientes les resultaba más caro optar por atención institucional para la atención del parto. Caso contrario sucede en Zimbawe, donde la atención gratuita mejoró la utilización de las instalaciones en el Hospital Mnene de Mberengwa⁴⁰.

⁴⁰ World Health Organization. Maternity Waiting Homes: A review of experiences. WHO. Geneva, Suiza. 1996

V. HIPOTESIS

Hipótesis principal:

Ante el planteamiento del problema:

¿En qué medida las características sociodemográficas, factores culturales y modelo de funcionamiento influyen en la utilización del Servicio de Espera Materna por parte las usuarias de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas?

La hipótesis principal establece que:

“Los factores sociodemográficos y culturales son los que más influyen en la utilización del Servicio de Espera Materna por parte las usuarias de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas”.

Hipótesis nula (H₀):

“Los factores sociodemográficos y culturales no son los que más influyen en la utilización del Servicio de Espera Materna por parte las usuarias de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas”.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

➤ **Tipo de Estudio:**

Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional.

➤ **Periodo de investigación:**

Se realizó de Mayo a Junio de 2015

➤ **Universo:**

60 usuarias.

➤ **Muestra y diseño muestral:**

El marco muestral de la investigación comprendió:

Criterios de inclusión

1. Embarazada de cualquier edad gestacional.
2. Embarazada que lleve control prenatal básico en las UCSFB Chorro Arriba y Las Lajas.
3. Embarazada inscritas para control prenatal básico hasta el 30 de abril de 2015 en las UCSFB Chorro Arriba y Las Lajas.

Criterios de Exclusión:

1. Embarazada de alto riesgo que lleve control prenatal especializado

Diseño muestral:

- Se realizó un diseño muestral no probabilístico, del tipo deliberado, a conveniencia de los investigadores, basándose en las listas de embarazadas de las UCSFB Chorro Arriba y Las Lajas.

Tamaño de la muestra:

- 50 personas.
Se excluyeron 10 pacientes por estar en control con equipo especializado.

➤ **Variables:**

- Variable independiente: Utilización del Servicio de Hogar de Espera Materna
- Variables dependientes:
 - a. Edad de las usuarias

- b. Escolaridad de las usuarias
- c. Historia obstétrica de las usuarias
- d. Asistencia al HEM
- e. Realización de tareas domésticas
- f. Opinión familiar
- g. Visita familiar en el HEM
- h. Trabajo de la usuaria
- i. Situación institucional de los Hogares de Espera Materna.

➤ **Fuente de información:**

Fuente primaria. La información se obtuvo directamente de los individuos objeto de estudio.

➤ **Técnicas de obtención de información:**

Para obtener la información, los investigadores desarrollaron una ficha en la cual se incluyeron datos de encuesta que se efectuó a cada paciente y aquellos datos del expediente obtenidos durante los controles prenatales tanto en el consultorio como en la visita domiciliar, de las pacientes en estudio y que fueron objeto de la investigación.

La información se obtuvo mediante encuesta cerrada durante los controles prenatales tanto en consultorio como en terreno, de las pacientes en estudio.

➤ **Herramientas de obtención de información:**

Cuestionario de opción múltiple.

➤ **Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos:**

Los datos fueron confidenciales. Las pacientes en estudio firmaron un consentimiento informado, y se les garantizó el resguardo de dicha información por parte de los investigadores.

➤ **Procesamiento de la información:**

Se realizó el análisis de datos utilizando el programa informático Microsoft Excel® Professional Plus 2013.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| OBJETIVO | VARIABLES | DEFINICIÓN OPERATIVA | INDICADORES | VALORES |
|---|------------------------------|--|--|--|
| Describir las características sociodemográficas de las usuarias embarazadas incluidas en el estudio con la utilización del Servicio de Hogar de Espera Materna durante los meses de marzo a junio de 2015. | Edad de las usuarias. | <p>Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.</p> <p>Para el objetivo del trabajo se considera como edad a las pacientes en los siguientes rangos de edades:</p> <p style="text-align: center;"> <15 años. 15 a 20 años. 21 a 25 años. 25 a 30 años. 31 a 35 años. >35 años </p> | Número de mujeres entre un rango de edad/número total de mujeres x 100. | Razón numérica y en % edad en años |
| | Escolaridad de las usuarias | <p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.</p> <p>Para el objetivo del trabajo se considera como escolaridad los siguientes niveles:</p> <p style="text-align: center;"> Ninguna. Parvularia. Primaria. Secundaria. Bachillerato. Superior. </p> | Número de mujeres según nivel educativo/número total de mujeres x 100. | Grado más alto de estudio alcanzado. Porcentaje. |
| | Gravidez | <p>Consta de cinco dígitos y es una forma resumida de los antecedentes obstétricos. El primer dígito representa el número de embarazos, incluido el actual, el segundo dígito representa los partos a término, el tercer dígito representa los partos prematuros, el cuarto dígito representa los abortos y el quinto representa los hijos vivos.</p> | Pacientes con número de embarazos según formula obstétrica/número total de pacientes x 100 | Porcentaje. |
| Clasificar a las usuarias embarazadas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas respecto a la decisión de utilizar o no del servicio de Hogar de Espera Materna en el periodo de marzo a junio de 2015. | Asistencia voluntaria al HEM | Paciente expresa voluntariamente deseo de acudir al HEM. | <p>Número total de mujeres que asistiría/número total de mujeres x 100.</p> <p>Número total de mujeres que no asistiría / número total de mujeres x 100.</p> | Porcentaje. |
| | Rechazo a asistir al HEM | <p>Paciente expresa rechazo de acudir al HEM, por alguna de las siguientes razones:</p> <p style="text-align: center;"> Realización de tareas domésticas Opinión familiar o conyugal Distanciamiento de la familia Dificultades económicas Realización de actividades en el HEM. </p> | | |
| | Tareas domésticas | <p>Realización de tareas domésticas por parte de la usuaria, que no tiene otra persona que las realice.</p> <p>Para el objetivo del trabajo se considera como tareas domésticas las siguientes:</p> <p style="text-align: center;"> Aseo General. Cocinar. Cuidado de Niños. Cuidado de animales- </p> | Número total de mujeres según actividad que realiza/número total de mujeres x 100. | Porcentaje. |

| | | | | |
|---|--|--|---|------------|
| Establecer los principales factores culturales, económicos y sociales individuales relacionados con la utilización del servicio de Hogar de Espera Materna de las usuarias embarazadas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas durante los meses de marzo a junio de 2015. | | Cultivos. Cuidado de adulto mayor. Cuidado de compañero de vida | | |
| | Opinión Familiar | Opinión expresa de familiares a favor o en contra de la asistencia de la usuaria la Hogar de Espera Materna. Para el objetivo del trabajo se considera como opinión familiar, las expresadas por: Familia de la usuaria, conyugue, familia política. | Número total de opiniones a favor, en contra o indiferentes / número total de mujeres x 100. | Porcentaje |
| | Visita familiar | Disponibilidad de la familia para pasar tiempo con la usuaria mientras se encuentra en el HEM. | Número total de familias disponibles para visitar / número total de mujeres x 100. | Porcentaje |
| | Trabajo | Usuaría se encuentra realizando o no trabajo remunerado. | Número total de mujeres que trabajan o no/el número total de mujeres x 100. | Porcentaje |
| | | Usuaría que trabaja y dispone o no de permiso para asistir al HEM. | Número total de mujeres que trabajan y gozan o no de permiso para ausentarse/ el número total de mujeres x 100. | |
| Usuaría realiza actividad remunerada, para fines del estudio se consideran las siguientes ocupaciones: Ama de Casa Agricultura Oficina/Banco Sector Público Ventas sector Formal Ventas sector informal Ninguno | | Número de mujeres que realiza una ocupación/Número total de mujeres x 100 | | |
| Usuaría recibe ayuda económica de otras personas o instituciones. Para fines del estudio se consideran las siguientes: Padres Otros familiares Remesas Instituciones del estado ONG Instituciones Internacionales | | Número de usuarias que recibe ayuda económica/Número total de mujeres x100 | | |
| Establecer las características del modelo de atención del Hogar de Espera Materna que influyen en la utilización o no de dicho servicio, en las pacientes embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015. | Modelo de atención del Hogar de Espera Materna | Usuaría está dispuesta a realizar tareas de convivencia y aseo en el Hogar de Espera Materna. Usuaría no está dispuesta a realizar tareas de convivencia y aseo en el Hogar de Espera Materna. Para el objetivo del trabajo, se consideran como tareas de convivencia y aseo las siguientes: Cocinar en HEM, Aseo General del HEM, Talleres/Actividades del HEM, Compartir habitación. | Número total de mujeres que estaría dispuesta a realizar tareas/ número total de mujeres que asistirían por 100. Número total de mujeres que no estaría dispuesta a realizar tareas el/número total de mujeres que asistirían por 100. | Porcentaje |

VII. RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según rango de edad.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| <15 años | 0 | 0.0% |
| 15-20 años | 15 | 30.0% |
| 21-25 años | 15 | 30.0% |
| 25-30 años | 11 | 22.0% |
| 31-35 años | 8 | 16.0% |
| >35 años | 1 | 2.0% |
| Total | 50 | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

Tabla 2.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según escolaridad de las usuarias

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Ninguna | 3 | 6.0% |
| Parvularia | 0 | 0.0% |
| Primaria | 25 | 50.0% |
| Secundaria | 17 | 34.0% |
| Bachillerato | 5 | 10.0% |
| Superior | 0 | 0.0% |
| Total | 50 | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

Tabla 3.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según número de embarazos de las usuarias

| Gravidez | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 1 | 16 | 32.0% |
| 2 | 19 | 38.0% |
| 3 | 11 | 22.0% |
| 4 o más | 4 | 8.0% |
| Total | 50 | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

Tabla 4.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según disposición de las usuarias de acudir al Hogar de Espera Materna

| Disposición de acudir | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 11 | 22.0% |
| No | 39 | 78.0% |
| Total | 50 | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

Tabla 5.
Principales razones para no asistir al Hogar de Espera Materna identificadas por las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Razones para no asistir | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Tareas Domésticas | 24 | 61.5% |
| Opinión familiar | 12 | 30.8% |
| Distanciamiento de la familia | 17 | 43.6% |
| Dificultades económicas | 2 | 5.1% |
| Aseguradas/Beneficiaria | 2 | 5.1% |
| No Quiere | 1 | 2.6% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 6.
Relación entre edad y disposición para asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Edad de las usuarias que si asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| <15 años | 0 | 0.0% |
| 15-20 años | 2 | 18.2% |
| 21-25 años | 3 | 27.3% |
| 25-30 años | 1 | 9.1% |
| 31-35 años | 4 | 36.4% |
| >35 años | 1 | 9.1% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 7.

Relación entre edad y disposición para no asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Edad de las usuarias que no asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| <15 años | 0 | 0.0% |
| 15-20 años | 13 | 33.3% |
| 21-25 años | 12 | 30.8% |
| 25-30 años | 10 | 25.6% |
| 31-35 años | 4 | 10.3% |
| >35 años | 0 | 0.0% |
| Total | 39 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 8.

Relación entre escolaridad y disposición para asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Escolaridad de las usuarias que si asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Ninguna | 1 | 9.1% |
| Parvularia | 0 | 0.0% |
| Primaria | 7 | 63.6% |
| Secundaria | 2 | 18.2% |
| Bachillerato | 0 | 0.0% |
| Superior | 0 | 0.0% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 9.

Relación entre escolaridad y disposición para no asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Escolaridad de las usuarias que no asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Ninguna | 2 | 5.1% |
| Parvularia | 0 | 0.0% |
| Primaria | 18 | 46.2% |
| Secundaria | 15 | 38.5% |
| Bachillerato | 4 | 10.3% |
| Superior | 0 | 0.0% |
| Total | 39 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 10.

Relación entre gravidez y disposición para asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Gravidez de las usuarias que si asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| 1 | 3 | 27.3% |
| 2 | 4 | 36.4% |
| 3 | 3 | 27.3% |
| 4 o más | 1 | 9.1% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 11.

Relación entre escolaridad y la disposición para no asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Gravidez de las usuarias que no asistirán | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| 1 | 13 | 33.3% |
| 2 | 15 | 38.5% |
| 3 | 8 | 20.5% |
| 4 o más | 3 | 7.7% |
| Total | 39 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 12.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según realización de tareas domésticas.

| Realización de tareas domésticas | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Sí | 48 | 96% |
| No | 2 | 4% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 13.
Principales tipos de tareas domésticas realizadas por las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Tareas domésticas realizadas | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Aseo | 22 | 45.8% |
| Cocina | 25 | 52.1% |
| Cuidado de niños | 31 | 64.6% |
| Cuidado de animales/cultivos | 0 | 0.0% |
| Cuidado de adulto mayor | 3 | 6.3% |
| Cuidado de Compañero | 25 | 52.1% |
| Ninguno | 2 | 4.2% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 14.
Relación entre la realización de tareas domésticas y la disposición para asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Realización de tareas domésticas y la disposición de asistir | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Sí | 11 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 15.

Relación entre la realización de tareas domésticas y la disposición para no asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Realización de tareas domésticas y la disposición de no asistir | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Sí | 37 | 94.9% |
| No | 2 | 5.1% |
| Total | 39 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 16.

Opinión del compañero de vida sobre el Hogar de Espera Materna según las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Opinión del compañero de vida | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| A favor | 11 | 22.0% |
| Indiferente | 23 | 46.0% |
| En contra | 16 | 32.0% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 17.

Relación entre la opinión del compañero de vida y la disposición para asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Opinión del compañero de vida y la disposición de asistir | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| A favor | 7 | 63.6% |
| Indiferente | 3 | 27.3% |
| En contra | 1 | 9.1% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 18.

Relación entre la opinión del compañero de vida y la disposición para no asistir al Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Opinión del compañero de vida y la disposición de no asistir | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| A favor | 4 | 10.3% |
| Indiferente | 15 | 38.5% |
| En contra | 20 | 51.3% |
| Total | 39 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 19.

Distribución de Familiares a favor de la asistencia al Hogar de Espera Materna por las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Familiares a favor | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Mamá | 9 | 18.0% |
| Papá | 0 | 0.0% |
| Hermano/a | 2 | 4.0% |
| Suegra | 3 | 6.0% |
| Cuñada | 0 | 0.0% |
| Abuela | 0 | 0.0% |
| Ninguno | 37 | 74.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 20.

Distribución de Familiares en contra de la asistencia al Hogar de Espera Materna por las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Familiares en contra | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Mamá | 7 | 14.0% |
| Papá | 0 | 0.0% |
| Hermano/a | 0 | 0.0% |
| Suegra | 7 | 14.0% |
| Cuñada | 0 | 0.0% |
| Abuela | 0 | 0.0% |
| Ninguno | 38 | 76.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 21.

Disposición de la familia para visitar a la usuaria que están dispuestas a asistir, durante su estancia en el Hogar de Espera Materna en las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Visita familiar | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 11 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 22.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según realización de trabajo remunerado por las usuarias.

| Trabajo remunerado por parte de la usuaria | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Si | 4 | 8% |
| No | 46 | 92% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 23.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según disposición tipo de trabajo que las usuarias realizan.

| Tipo de trabajo por parte de la usuaria | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Agricultura | 1 | 25.0% |
| Oficina | 0 | 0.0% |
| Sector Público | 0 | 0.0% |
| Ventas formales | 0 | 0.0% |
| Ventas informales | 3 | 75.0% |
| Total | 4 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 23.

Distribución de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015, según disposición de permiso laboral o no para asistir al Hogar de Espera Materna

| Permiso laboral | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 2 | 50% |
| No | 2 | 50% |
| Total | 4 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 24.

Distribución de recepción de ayuda económica por parte de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Ayuda de económica por parte de otras personas/instituciones | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Padres | 7 | 14.0% |
| otros familiares | 2 | 4.0% |
| Remesas | 0 | 0.0% |
| Instituciones del estado | 0 | 0.0% |
| ONG | 0 | 0.0% |
| Instituciones Internacionales | 0 | 0.0% |
| Ninguno | 42 | 84.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

TABLA 25.

Disposición para realizar tareas y actividades en el Hogar de Espera Materna según el modelo institucional de funcionamiento por las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

| Realización de tareas domésticas y actividades en el HEM | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Aseo del Local | 9 | 81.8% |
| Cocinar | 9 | 81.8% |
| Participar en actividades | 7 | 63.6% |
| Compartir Habitación | 6 | 54.5% |

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 3)

VIII. DISCUSIÓN

En la caracterización sociodemográfica de la población en estudio se determinó que los rangos de edad de 15 a 20 años y de 21 a 25 años agrupan al 60% de las usuarias participantes; el grupo de 15 a 20 años, representa adolescentes, que por su edad tienen riesgo obstétrico relativamente mayor, y son usuarias blanco del servicio de Hogar de Espera Materna.

El nivel de escolaridad de las usuarias se muestra predominantemente en nivel primario con un 50%, seguido de la secundaria con un 17%; un 6% de las usuarias no tiene ningún grado de educación.

Al valorar la gravidez de las usuarias se evidencia que el 38% de las participantes en el estudio se encontraba en su segundo embarazo, seguido de un 32% que se encontraba en su primer embarazo.

Un 8% de las participantes se encontraba en un cuarto o más embarazo, representando un riesgo ligeramente mayor, y siendo candidata para utilizar el servicio de Hogar de Espera Materna.

Al cuestionar directamente sobre la disposición voluntaria de asistir o no al Hogar de Espera Materna, un 78%, correspondiente a 39 usuarias, respondió que no asistiría.

La principal razón señalada por las participantes fue la realización de tareas domésticas con un 61.5%, seguido por el distanciamiento de la familia con un 43.6%.

Se destacan 2 participantes, que eran beneficiarias del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y que aunque llevan controles prenatales con el Ministerio de Salud, desconocían que también pueden utilizar el servicio.

Al relacionar las variables de la edad de las usuarias y su disposición de asistir, destaca que las usuarias que si están dispuestas a acudir se concentran en el grupo de 31 a 35 años con un 36.4%, seguido del grupo de 21 a 25 años con un 27.3%.

Por otro lado, las usuarias que no están dispuestas a asistir en su mayoría se encuentra en los grupos más jóvenes, concretamente el grupo de 15 a 20 años con un 33.3%, seguidas del grupo de 21 a 25 años con un 30%.

Cuando se cruzan las variables de escolaridad de las usuarias y la disposición de asistir se encontró que las usuarias dispuestas a asistir tenían un nivel educativo de primaria con un 63.6%.

Entre las participantes que no estaban dispuestas a acudir se evidencia un nivel educativo de primaria para un 46.2%, seguidos de la secundaria por un 38.5%. Estos datos son proporcionales al nivel de educación de las participantes, independientemente de si están dispuestas a acudir o no al Hogar de Espera Materna. Estos resultados parecen indicar que no hay relación entre la escolaridad y el uso o no del servicio de Hogar de Espera Materna

En relación con la gravidez de las usuarias y su disposición de asistir, las participantes que están dispuestas a asistir se encuentran en su segundo embarazo con un 36.4%, seguidos del grupo de primigestas y el grupo de tercer embarazo, con el mismo resultado un 27.3%, correspondientes a 3 pacientes de cada grupo.

Entre aquellas usuarias que no están dispuestas a acudir, las que cursaban su segundo embarazo predominan con un 38.5%, seguidas muy de cerca por el grupo de primigestas con un 33.3%. No parece haber relación entre el número de embarazos de las usuarias y la asistencia al servicio de Hogar de Espera Materna.

Al analizar la realización de tareas domésticas por las usuarias, se encontró que el 96% de las participantes realizan una o más tareas domésticas. La principal tarea realizada fue el cuidado de niños (64.6%), seguido por cocinar y cuidado del compañero de vida, ambos con un 52.1%.

Relacionando la variables de realización de tareas domésticas con la asistencia o no de las usuarias, se encuentra que el 100% de las participantes que asistirán realiza tareas domésticas; mientras que las participantes que no asistirán, el 94.9% realiza tareas domésticas. Con dichos datos, se evidencia que no hay relación entre la realización de tareas domésticas y la asistencia o no al Hogar de Espera Materna.

La opinión del compañero de vida respecto al Hogar de Espera Materna fue indiferente en un 46%, a favor en un 22% y en contra en un 32%. Cuando se relacionó esta variable con la disposición de asistir o no, se encontró que las participantes que están dispuestas asistir tiene un opinión favorable del compañero de vida con un 63.6%.

Entre las que no están dispuestas a asistir, el compañero de vida presentó opinión desfavorable en un 51.3% y opinión indiferente en un 38.5%, con sólo un 10.3% de opinión favorable. Estas opiniones, fueron obtenidas a través de lo expresado por las usuarias, ya que no se utilizó en instrumento con los compañeros de vida. Las variables aquí relacionadas muestran que la opinión

de compañero de vida, es importante para las usuarias al momento de decidir asistir o no al Hogar de Espera Materna.

Al cuestionar a las usuarias sobre el apoyo de la familia en relación con su asistencia al Hogar de Espera Materna, se encontró que un 74% de las participantes dicen tener ningún apoyo de los familiares, un 18% manifestó que su madre estaba a favor de su asistencia al HEM.

Por otro lado, las opiniones en contra de la asistencia al HEM, muestra que 76% de las usuarias manifestaron que ningún familiar estaba en contra de que asistieran al HEM, y que tanto las madres como las suegras, tenían opiniones en contra, ambas con un 14%. Los resultados muestran que la opinión de la familia, tanto a favor como es en su mayoría indiferente a la decisión de asistir o no.

Entre las participantes que están dispuestas a asistir, el 100% determinó que su familia está dispuesta a visitarle durante su estancia en el Hogar de Espera Materna.

En el análisis de la situación laboral y económica de las participantes, se determinó que sólo el 8% (cuatro usuarias), refieren realizar un trabajo remunerado, siendo este en un 75% ventas informales y 25% en agricultura.

De estas usuarias el 50% dispone de permiso para asistir al Hogar de Espera Materna, ausentándose de su trabajo.

Del grupo de 50 participantes, sólo un 18% recibe algún tipo de ayuda económica (14% de sus padres y 4% de otros familiares).

En el grupo de 11 pacientes que están dispuesta a asistir al Hogar de Espera Materna, se evidenció que el 81.8% de la usuarias (9 personas) están dispuestas a realizar tareas de aseo del local del HEM, un porcentaje igual está dispuesto a cocinar. Sobre la participación en actividades y talleres del HEM, un 63.6% de usuarias (7 personas) estaban de acuerdo con realizarlas. Respecto al hecho de compartir habitación sólo un 54.5% de usuarias (6 personas) se mostraban de acuerdo con dicha medida.

IX. CONCLUSIONES.

1. Los factores culturales y la edad de las usuarias embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas, son los que influyen en la decisión de utilizar o no el servicio de Hogar de Espera Materna, mientras que el resto de las características sociodemográficas de dichas usuarias no son determinantes para la utilización del servicio
2. La edad de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas, se encuentra su mayoría entre los 15 a 25 años, con un nivel educativo promedio hasta la educación primaria, cursando su segundo embarazo.
3. Las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas no están dispuestas a asistir voluntariamente al Hogar de Espera Materna, señalando como principal limitante la realización de tareas domésticas en sus hogares y el distanciamiento de sus familias.
4. Existe una relación directamente proporcional entre la edad de la usuaria de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas y su disposición de acudir al Hogar de Espera Materna.
5. No hay relación entre la escolaridad de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas y su asistencia o no al Hogar de Espera Materna.
6. No se encuentra relación entre el número de embarazos de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas, y su disposición para acudir o no al Hogar Espera Materna
7. No se establece relación entre la realización de tareas domésticas y la disposición de asistir o no al Hogar de Espera Materna por las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas
8. Existe relación directamente proporcional entre la opinión del compañero de vida y la decisión de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas para acudir al Hogar de Espera Materna

9. La opinión de otros familiares sobre el Hogar de Espera Materna no afecta la disposición de acudir o no de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas
10. La mayoría de las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas no tienen trabajo remunerado, por lo que el trabajo no es un limitante para hacer uso del Hogar de Espera Materna
11. Las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chorro Arriba y Las Lajas que están dispuestas a asistir al Hogar de Espera Materna están dispuestas a realizar las tareas propias del modelo de atención de dichos Hogares.

X. RECOMENDACIONES

Para los investigadores:

1. Divulgar los resultados de esta investigación en sus Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con sus Directores y referentes del Hogar de Espera Materna, con el fin de dar a conocer las deficiencias encontradas y generar medidas para mejorar la actualización del servicio de Hogar de Espera Materna.
2. Aplicar en su práctica clínica acciones de promoción en salud, con base en los conocimientos adquiridos.
3. Continuar la investigación sobre el tema con estudios que complementen el conocimiento adquirido, profundizando en los factores que se encontraron determinantes.

A la Universidad y docentes:

1. Incluir en los contenidos teóricos, conocimiento sobre la estrategia de Hogares de Espera Materna y su funcionamiento.
2. Promover contenido de prevención y promoción en salud materna e infantil como prioridades de la actual Reforma de Salud.
3. Fomentar la realización de trabajos de investigación que amplíen el conocimiento sobre la valoración de la estrategia de Hogares de Espera Materna.

BIBLIOGRAFIA.

1. World Health Organization. Maternity Waiting Homes: A review of experiences. WHO. Génova, Suiza. 1996.
2. Ministerio de Gobernación. Diario Oficial de la República de El Salvador, Tomo 381, N° 209. San Salvador, El Salvador. 6 de Noviembre de 2008. Disponible en <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2008/11-noviembre/06%2011-2008.pdf>. Consultado el 16/03/2015.
3. Ministerio de Salud. Boletín de Prensa 2 del 29 de Abril de 2014. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2014/pdf/boletin_prensa29042014_1.pdf. Consultado el 16/03/2015.
4. Flores J, Moreno J, Reyes J. Valoración del Hogar de Espera Materna en relación a la morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana postparto, atendidas en el Municipio de Corinto, Morazán, periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011. Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina. Facultad Multidisciplinaria de Oriente, Universidad de El Salvador. San Miguel. Agosto de 2012.
5. Ruíz M, van Dijk M, Berdichevsky K, y cols. "Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: a study of users' and community members' perceptions". *Culture, Health and Sexuality* 15(2): 205-218. 2013.
6. Cortez R, García A, Kok H, Largaespada C. Serie "Cuadernos de Género para Nicaragua: Las casas maternas en Nicaragua" Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Managua, Nicaragua. 2008.
7. Estudio de barreras de acceso a las casas de espera materna en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA). Lima, Perú. 2011.

8. van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Amsterdam, Países Bajos. 2012.
9. Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1994
10. Cunningham FG et al. Obstetricia de Williams. 23ª Edición. McGraw-Hill. México. 2011.
11. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.
12. Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido" 2011.
13. Gutiérrez JA, Delgado G. Antecedentes de los hogares maternos. Cuad Hist Salud Pública serie en Internet. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000100005&lng=en. Consultado el 17/03/2015
14. Ministerio de Salud. Guía Para la Operativización de la Estrategia "Hogares de Espera Materna". San Salvador, Marzo de 2008.

ANEXOS

**ANEXO 1
HOJAFILTRO DE CONTROL PRENATAL.**

CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Nombre de la Paciente: _____ | | No. de Expediente: _____ | | | | | | | | | |
| Dirección: _____ | | Tel. _____ | | | | | | | | | |
| <p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p> | | | | | | | | | | | |
| I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | | | | | |
| | | FECHA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI |
| 1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa. | | | | | | | | | | | |
| 2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos. | | | | | | | | | | | |
| 3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb) | | | | | | | | | | | |
| 4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.82 lb) | | | | | | | | | | | |
| 5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es) | | | | | | | | | | | |
| 6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical. | | | | | | | | | | | |
| 7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro. | | | | | | | | | | | |
| 8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV) | | | | | | | | | | | |
| 9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos. | | | | | | | | | | | |
| 10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh | | | | | | | | | | | |
| 11. Malformaciones congénitas previas | | | | | | | | | | | |

| II. HISTORIA MÉDICA GENERAL | 1° | | 2° | | 3° | | 4° | | 5° | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | NO | SI |
| 1. Diabetes (tipo I ,II o Gestacional) | | | | | | | | | | |
| 2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros) | | | | | | | | | | |
| 3. Trombosis venosa profunda (actual o previa). | | | | | | | | | | |
| 4. Cardiopatía (Congénita o adquirida) | | | | | | | | | | |
| 5. Consumo de drogas o alcohol. | | | | | | | | | | |
| 6. Trastornos depresivos. | | | | | | | | | | |
| 7. Trastornos de ansiedad. | | | | | | | | | | |
| 8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique_____ | | | | | | | | | | |
| | 1° | | 2° | | 3° | | 4° | | 5° | |
| III. EMBARAZO ACTUAL | NO | SI |
| 9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad | | | | | | | | | | |
| 10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2) | | | | | | | | | | |
| 11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg. | | | | | | | | | | |
| 12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual) | | | | | | | | | | |
| 13. Embarazo no deseado | | | | | | | | | | |
| 14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple | | | | | | | | | | |
| 15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino | | | | | | | | | | |
| 16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro | | | | | | | | | | |
| 17. Hemorragia Vaginal. | | | | | | | | | | |
| 18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis) | | | | | | | | | | |
| 19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis. | | | | | | | | | | |
| 20. Masa Pélvica | | | | | | | | | | |
| ¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO? | | | | | | | | | | |
| Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento:_____ | | | | | | | | | | |

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ana del Carmen Padilla Olán, Sergio Carlos Valle Sanabria y José Manuel Vela García, de la Universidad De El Salvador. El objetivo de este estudio es Determinar los factores relacionados a la utilización al servicio de Hogar De Espera Materna en Usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, Titulada “Factores relacionados a la utilización al servicio de Hogar De Espera Materna en Usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco.”

Se ha indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que me han explicado que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

“FACTORES RELACIONADOS A LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOGAR DE ESPERA MATERNA EN USUARIAS DE LAS UCSF-B CHORRO ARRIBA Y LAS LAJAS, DE MARZO A JUNIO DE 2015”

Obj. General: Determinar los factores relacionados a la utilización del servicio de Hogar de Espera Materna en Usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas de los cantones Chorro Arriba y Las Lajas del municipio de Izalco en el periodo de tiempo de marzo a junio de 2015.

Nombre: _____

Registro: _____

Cantón de procedencia: _____

1. Edad:

- a. <15 años
- b. 15-20 años
- c. 21-25 años
- d. 25-30 años
- e. 31-35 años
- f. >35 años

2. Escolaridad:

- a. Ninguna
- b. Parvularia
- c. Primaria
- d. Secundaria
- e. Bachillerato
- f. Superior

3. Fórmula obstétrica actual:

G__P__P__A__V__

4. ¿Estaría dispuesta a acudir al Hogar de Espera Materna?

- a. Sí
- b. No

5. Si su respuesta fue no, ¿Cuál o cuáles de las siguientes causas señalaría como limitantes para no asistir?
- Realización de tareas domésticas
 - Opinión familiar o conyugal
 - Distanciamiento de la familia
 - Dificultades económicas
 - Realización de actividades en el HEM
6. ¿Realiza usted tareas domésticas?
- Sí
 - No
7. ¿Qué tareas domésticas realiza en su hogar que en determinado momento no permitirían que acudiera al Hogar de Espera Materna?
- Aseo general
 - Cocinar
 - Cuidado de niños
 - Cuidado de animales o cultivos
 - Cuidado de adulto mayor
 - Cuidado del compañero de vida
 - Otras:

8. ¿Cuál es la opinión de su compañero de vida respecto a la utilización del HEM?
- a. A favor
 - b. Indiferente
 - c. En contra
9. De sus siguientes familiares, ¿Quiénes están a favor que utilice el servicio?
- Mamá
 - Papá
 - Hermana/o
 - Suegra/o
 - Cuñada/o
 - Abuela
 - Ninguno

10. De sus siguientes familiares, ¿Quiénes están en contra que utilice el servicio?
- Mamá
 - Papá
 - Hermana/o
 - Suegra/o
 - Cuñada/o
 - Abuela
 - Ninguno
11. Si asistirá al HEM, ¿Estaría su familia dispuesta a ir a visitarle durante su hospedaje?
- Si
 - No
12. ¿Trabaja usted actualmente?
- Si
 - No
13. Si su respuesta fue si, ¿a qué se dedica?
- Ama de Casa
 - Agricultura
 - Oficina/Banco
 - Sector Público
 - Ventas sector Formal
 - Ventas sector informal
 - Ninguno
 - Otro: _____
14. ¿Recibe usted ayuda económica de alguna de las siguientes persona o institución?
- Padres
 - Otros familiares
 - Remesas
 - Instituciones del estado (Red Solidaria, etc.)
 - ONG (Save the children, SERAFÍN, etc.)
 - Instituciones Internacionales (PNUD, PMA)

Ninguno

Otro: _____

15. Si usted se encuentra trabajando, ¿dispone de permiso para poder hacer uso del HEM

a. Sí

b. No

16. De acudir al hogar de espera materna, ¿estaría usted dispuesta a realizar las siguientes tareas?: (No aplica si respondió "NO" en la pregunta número 4)

Realizar tareas de aseo del local.

Cocinar para usted y las demás usuarias.

Participación en los diversos talleres y/o actividades que se realizan en el hogar.

Compartir habitación con otras usuarias.