

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**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.**

PRESENTADO POR:

**JACKELLINE LISSBETH FLORES HERNÁNDEZ
JOSÉ JAVIER MORENO ÁLVAREZ
JOSÉ MODESTO REYES VENTURA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, 2012

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTOR ACADÉMICO

LICENCIADO SALVADOR CASTILLO ARÉVALO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZAVALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

LIC. CARLOS ALEXANDER DÌAZ

JEFE EN FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN MÁRQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DOCENTE ASESOR

DOCTOR JOSÉ IVAN HERNÁNDEZ ARIAS

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

JURADO CALIFICADOR

Jackelline Lissbeth Flores Hernández
José Javier Moreno Álvarez
José Modesto Reyes Ventura

Carnet N°: FH02005
Carnet N°: MA01082
Carnet N°: RV00011

**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.**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Doctor René Merlos Rubio
Docente Asesor

Doctora Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez
Jurado Calificador

Doctor José Iván Hernández Arias
Jurado Calificador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General del Proceso de Graduación del Departamento de Medicina

Vo. Bo.Lic. Carlos Alexander Díaz
Jefe en funciones del Departamento de Medicina

San Miguel. Centro América. Marzo de 2012

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a: Nuestro creador y a nuestra madre santísima por guiarnos durante toda nuestra vida, y permitirnos poder realizar y cumplir nuestra meta profesional, dándonos sabiduría y fortaleza para culminar nuestro objetivo.

A cada una de nuestras familias por su apoyo incondicional en todos los años de nuestra carrera y de nuestro caminar, a cada uno de nuestros profesores que junto a sus enseñanzas hemos logrado seguir el camino que nos hemos propuesto y que estamos por culminar.

A nuestros asesores y miembros del jurado que junto a ellos hemos hecho posible la conclusión de esta tesis, siendo este el paso final de todo un esfuerzo continuo.

A todas las personas que han colaborado para la realización de este trabajo desde sus conocimientos hasta el aporte de información necesaria para el desarrollo del mismo, a todos. Porque con su ayuda han permitido poder culminar este esfuerzo realizado por cada uno de nosotros para concluir una faceta importante en nuestra vida, como lo es nuestra carrera profesional.

Br. JackelineLissbeth Flores Hernandez.

Br. José Javier Moreno Álvarez.

Br. José Modesto Reyes Ventura.

Dedico mi trabajo de investigación, el cual representa la culminación de mis estudios en Doctorado en Medicina, ante todo **A DIOS Y A MI VIRGENCITA MARÍA** por toda la sabiduría y bendiciones que me ha brindado día a día en mi caminar y por guiarme en cada paso de mi vida y permitirme llegar hasta este momento cumpliendo mi anhelado sueño profesión.

A MIS PADRES:

Lic. Omar Flores y Dra. Rebeca de Flores por su apoyo incondicional en toda mi vida, por sus consejos, su amor, su cariño y todo el esfuerzo que ellos han realizado, para formarme como una persona de bien y poder llegar a culminar esta meta alcanzada, la cual es mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS:

Karen, Omayra y Omar por su cariño y apoyo en cada momento de mi vida.

A MIS ABUELOS

Santos Armando Flores, José Hernández y Haydee Bolaños (de grata recordación) y a quien tengo todavía conmigo Romelia Molina por su cariño, comprensión y amor brindado hacia mi persona y sobre todo por permitirme tener los grandiosos padres que tengo.

Y A TODA MI DEMAS FAMILIA Y AMIGOS

Por su cariño y comprensión en cada momento.

Hoy finaliza una larga pero agradable faena, donde he vivido una mezcla de escenarios, con momentos agradables y otros no tan gratos; pero al final solamente es el camino trazado de la profesión que con gran amor y cariño tomé a bien elegir. Hago una pausa en el largo camino del conocimiento para recibir mis investiduras que me acreditan como Doctora en Medicina. Profesión que de la mano de Dios y los conocimientos adquiridos de mis maestros pondré al servicio de una humanidad que demanda atención en salud, a quien dirijo mi esfuerzo, dedicación y todos los conocimientos adquiridos en todos los años de mi carrera. .

Gracias a todos porque han sido una parte fundamental en mi vida y sobre todo en la culminación de esta faceta profesional.

Porque todo de la mano de nuestro Dios nada es imposible....

«Si la Licenciatura en Medicina fuera la culminación del aprendizaje, ¡qué triste sería para el médico y qué angustioso para los pacientes! En esta profesión más que en ninguna se puede aplicar el pensamiento de Platón: “La educación es un proceso continuado a lo largo de la vida”. La Universidad da al hombre su dirección, le apunta un camino y le proporciona un mapa bastante incompleto para el viaje, pero nada más»...

W. Osler. 1900

Br. JackelineLissbeth Flores Hernandez.

Dedico este trabajo a **DIOS TODOPODEROSO** y a su divina misericordia por darme la vida y la oportunidad de haber finalizado mi carrera, la cual muchas veces se torno difícil; pero **El** siempre estuvo a mi lado y me brindo la fuerza necesaria para continuar. Ledoy gracias por permitirme finalizar este proceso; por darme la sabiduría necesaria y el valor para luchar en cada uno de los momentos de mi vida y de mi carrera.

Se lo dedico con todo cariño y Amor **A MI PADRE** José Ignacio Moreno Cruz y **A MIMADRE** Gladys Armida Álvarez de Moreno por el apoyo incondicional que día con día me brindaron para poder realizar mis objetivos trazados y por ser un pilar fundamental en mi vida, les agradezco por no abandonarme cuando me caí y por siempre estar conmigo cuando más los necesité; este logro en mi vida es por ustedes y para ustedes.

A MIS HERMANOS Luis René Moreno Álvarez y Magaly Beatriz Moreno Álvarez ya que siempre me apoyaron y me animaron a seguir luchando en cada momento son ustedes son una parte de mi vida.

A MIS ABUELOS MATERNOS Dolores Adriana Álvarez y Maximino Ortéz Cruz quienes desde pequeños me inculcaron la disciplina de la vida y a seguir luchando a pesar de la adversidad.

A MIS ABUELOS PTERNOS Ignacio Cruz y Rosaura Moreno Que de Dios Gocen; quienes hasta el día de Hoy los llevo en mi mente y mi corazón y siempre estarán ahí ya que fueron ellos los que me motivaron a ayudar y servir a mi prójimo a pesar de todos los obstáculos.

A MI TIO Dr. Germán Antonio Álvarez Ortéz por creer en mí y siempre darme la mano en todo momento; por enseñarme el Arte de la medicina a través de la disciplina, el orden y la humildad.

A MIS TIOS Y TIAS Por ser un ejemplo de rectitud y fortaleza, por enseñarme que el ser pobre no es impedimento para superarse y ser el mejor cada día.

A MI FAMILIA Y AMIGOS por ser también impulsores de mi esfuerzo y decisión para cumplir mis metas.

“Con Cristo Somos Invencibles”...

Br. José Javier Moreno Álvarez.

Dedico este trabajo en primer lugar a **DIOS** por haberme permitido elegir mi carrera de Doctorado en Medicina, y gracias a su Divina Misericordia al darme vida y poder finalizar mi carrera. Porque sin la voluntad de nuestro padre celestial ni las hojas de los árboles se moverían la honra y gloria sea para nuestro **DIOS TODO PODEROSO**.

A MIS PADRES: José Modesto Reyes Batarse y María Nery Ventura de Reyes por su amor y apoyo incondicional cada segundo de mi vida, sus consejos, paciencia, comprensión, los sacrificios y esfuerzos realizados por ellos para poder finalizar mi carrera.

A MI ESPOSA: Rossalina del Carmen Alvarenga de Reyes quien ha sido de gran bendición en mi vida dándome su amor y apoyo.

A MI HIJA: Rossalina Sarai Reyes Alvarenga por ser ese regalo más hermoso de mi vida.

A MIS HERMANOS: Miguel Enrique Reyes V. y Ana María Reyes V. por su cariño y comprensión.

A MIS ABUELOS: Lucas Escolero y María Rita de Escolero por el gran amor que me han brindado en el transcurso de mi vida.

A MIS AMIGOS: Jackelline Flores y Javier Álvarez.

A MIS DOCENTES: Con respeto y gratitud por haberme preparado en los conocimientos durante todo el proceso de estudio.

A MIS ASESORES: Por todos sus conocimientos, apoyo y ayuda para la realización de esta investigación. Y el resto de mi familia por haber creído en mí.....

Si tuvieras fe todo es posible con DIOS.....

Br. José Modesto Reyes Ventura

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PAG.
LISTA DE TABLAS O CUADROS	xvi
LISTA DE GRÁFICOS	xx
LISTA DE FIGURAS	xxii
LISTA DE ANEXOS	xxiii
RESUMEN	xxv
1. INTRODUCCIÓN	27
1.1 Antecedentes del problema	27
1.2 Enunciado del problema	32
1.3 Objetivos de la investigación	33
2. MARCO TEÓRICO	34
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	86
4. DISEÑO METODOLÓGICO	96
5. RESULTADOS	107
6. DISCUSIÓN	228
7. CONCLUSIONES	230
8. RECOMENDACIONES	243
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247

LISTA DE TABLAS	PÁG.
Tabla 1. Distribución de la población según la edad.....	109
Tabla 2. Procedencia geográfica de la población entrevistada en el estudio.....	110
Tabla 3. Distribución de la población entrevistada de acuerdo al género.....	112
Tabla 4. Clasificación de la población consultada en relación a la religión que profesa.....	113
Tabla 5. Estado familiar de la población consultada.....	114
Tabla 6. Nivel de escolaridad de la población entrevistada.....	116
Tabla 7. Población consultada en relación al conocimiento de la existencia del HEM.....	118
Tabla 8. ¿Qué sabe la población consultada referente a HEM.....	119
Tabla 9. Aporta beneficios la estrategia HEM a la mujer embarazada.....	121
Tabla 10. Beneficios aportados por el HEM.....	122
Tabla 11. Nivel de inaccesibilidad de la población hacia los centros de atención.....	123
Tabla 12. Tiempo que tarda para llegar hasta el centro de salud.....	124
Tabla 13. Necesidad de implementación de otro HEM en la zona de estudio.....	125
Tabla 14. Razones por las que se debe implementar otro HEM en la zona.....	126
Tabla 15. Modelo de atención de parto que prefiere la población consultada.....	127
Tabla 16. Razonamiento de la población que prefiere parto institucional.....	128
Tabla 17. Razonamiento de la población que prefiere parto domiciliario.....	129
Tabla 18. Población dispuesta a hacer uso del HEM.....	131

Tabla 19. Razonamiento de la población para estar en el HEM.....	132
Tabla 20. Población que ha tenido parientes o conocidos alojados en el HEM.....	133
Tabla 21. Parentesco de las personas alojadas en el HEM con los consultados.....	134
Tabla 22. Edad de los empleados de salud incluidos en el estudio.....	136
Tabla 23. Profesión desempeñada por los empleados de la micro-red.....	138
Tabla 24. Lugar de trabajo del empleado de salud.....	140
Tabla 25. Opinión del empleado de salud referente al HEM.....	142
Tabla 26. Fecha desde que opera el HEM en Corinto.....	143
Tabla 27. Características de las pacientes para ser alojadas en el HEM.....	144
Tabla 28. Empleados que atribuyen beneficios del HEM.....	146
Tabla 29. Beneficios aportados por el HEM.....	147
Tabla 30. Dificultades existentes antes de la implementación estrategia HEM.....	148
Tabla 31. Aspectos a mejorar en el HEM / versión del empleado de salud.....	150
Tabla 32. Empleados que perciben que la población aprovecha la atención del HEM.....	151
Tabla 33. ¿Cómo aprovecha la comunidad el programa HEM?.....	152
Tabla 34. ¿Por qué no aprovecha la comunidad del programa HEM?.....	154
Tabla 35. Casos de rechazo a la atención proporcionada en el HEM.....	155
Tabla 36. Motivos de rechazo a la atención en el HEM / versión del empleado.....	156
Tabla 37. Necesidad de la apertura de otro HEM.....	157
Tabla 38. Porque considera el personal de salud necesaria la apertura de otro HEM.....	158

Tabla 39. Porque considera el personal de salud no necesaria la apertura deotro HEM?.....	159
Tabla 40. Coordinación entre HEM y segundo nivel de atención.....	160
Tabla 41. Personal que aprueba la comunicación con el segundo nivel de atención.....	162
Tabla 42. Personal que desaprueba la comunicación entre HEM y 2 nivel de atención.....	163
Tabla 43. Como califica el personal de salud al HEM.....	164
Tabla 44. Mortalidad materna, zona oriental 2007 – 2011.....	167
Tabla 45. Casos de Mortalidad Materna/ Morazán 2007 – 2011.....	170
Tabla 46. Mortalidad Materna/ Corinto 2007 – 2011.....	172
Tabla 47. Porcentaje anual de mortalidad materna en Corinto, en relación a la MM departamental.....	173
Tabla 48. Mortalidad materna /etiología /procedencia Corinto 2007 – 2011.....	175
Tabla 49. Parto institucional y domiciliario en el municipio de Corinto años 2007 – 2011.....	176
Tabla 50. Parto institucional y domiciliario año 2007. Tendencia mensual.....	181
Tabla 51. Parto institucional y domiciliario año 2008. Tendencia mensual.....	182
Tabla 52. Parto institucional y domiciliario año 2009. Tendencia mensual.....	184
Tabla 53. Parto institucional y domiciliario año 2010. Tendencia mensual.....	187
Tabla 54. Parto institucional y domiciliario año 2011. Tendencia mensual.....	190
Tabla 55. Parto domiciliario en Corinto, Agosto 2010 a agosto de 2011.....	195

Tabla 56. Usuarías del HEM por mes (agosto 2010 / agosto 2011)	198
Tabla 57. Procedencia de las usuarias del HEM (URBANO/RURAL).....	200
Tabla 58. Procedencia de las usuarias del HEM (Zona Rural).....	201
Tabla 59. Rangos de edad de las usuarias del HEM, Corinto.	
Agosto 2010 / 2011	203
Tabla 60. Condición para ser alojada en el HEM.....	205
Tabla 61. Paridad de las usuarias al momento de ser alojadas	206
Tabla 62. Amenorrea de las usuarias de Hogar de Espera Materna (HEM).	
Corinto, agosto 2010 – agosto 2011.....	208
Tabla 63. Rangos de amenorrea en usuarias del HEM.....	211
Tabla 64. Vía de atención del parto.....	212
Tabla 65. Indicaciones de cesárea en usuarias del HEM.....	214
Tabla 66. Patología y/o problema más frecuente en las usuarias del HEM.....	216
Tabla 67. Tiempo de alojamiento en días de usuarias en el HEM.....	218
Tabla 68. Relación referencias y retornos de pacientes	220
Tabla 69. Muerte materna en usuarias alojadas en el HEM.....	222
Tabla 70. Nivel de satisfacción de usuarias que fueron alojadas en el HEM.....	224

LISTA DE GRÁFICOS	PÁG.
Gráfico 1. Edad de la población entrevistada.....	110
Gráfico 2. Procedencia geográfica urbano / rural de la población entrevistada.....	112
Gráfico 3. Género de la población participante.....	113
Gráfico 4. Estado civil de la población consultada.....	115
Gráfico 5. Nivel de escolaridad de la población consultada.....	117
Gráfico 6. Población que conoce la existencia del HEM.....	119
Gráfico 7. Rango de edad de los empleados públicos en salud.....	137
Gráfico 8. Profesión de los empleados consultados.....	139
Gráfico 9. Lugar de trabajo de los empleados consultados.....	141
Gráfico 10. Comunicación entre HEM y primer nivel de atención.....	161
Gráfico 11. Evaluación del empleado al HEM.....	165
Gráfico 12. Mortalidad materna zona oriental 2007 a 2011.....	168
Gráfico 13. Tendencia porcentual en mortalidad materna 2007 a 2011.....	169
Gráfico 14. Mortalidad materna, Morazán 2007 a 2011.....	171
Gráfico 15. Mortalidad materna Corinto.....	173
Gráfico 16. Atención de parto año 2007 a 2011.....	180
Gráfico 17. Comportamiento del parto institucional domiciliar año 2007.....	182
Gráfico 18. Comportamiento del parto institucional y domiciliar año 2008.....	184
Gráfico 19. Comportamiento del parto institucional y domiciliar año 2009.....	186
Gráfico 20. Comportamiento del parto institucional y domiciliar año 2010.....	189
Gráfico 21. Comportamiento del parto institucional y domiciliar año 2011.....	191

Gráfico 22. Tendencia mensual en atención de parto institucional 2007 a 2011	192
Gráfico 23. Tendencia en parto domiciliario año 2007 a 2011	193
Gráfico 24. Parto domiciliario agosto 2010 a agosto 2011	197
Gráfico 25. Comunidades rurales con parto domiciliario agosto 2010 agosto 2011	198
Gráfico 26. Alojamiento mensual en el HEM	199
Gráfico 27. Procedencia de usuarias / zona rural	203
Gráfico 28. Edad de las usuarias del HEM	204
Gráfico 29. Semana gestacional o día de puerperio al alojamiento	210
Gráfico 30. Número de usuarias alojadas según semana de gestación o periodo puerperal en HEM del Municipio de Corinto, Morazán	212
Gráfico 31. Vía de atención del parto	213
Gráfico 32. Indicaciones de cesárea en usuarias del HEM	216
Gráfico 33. Morbilidad presentada en usuarias del HEM	218
Gráfico 34. Días de estancia en el HEM	219
Gráfico 35. Referencias y retornos de usuarias del HEM	221
Gráfico 36. Nivel de satisfacción de ex usuarias del HEM	225

LISTA DE FIGURAS	PÁG.
FIGURA N°1 Hogar de Espera Materna de Corinto, Morazán	270
FIGURA N°2 Municipio de Corinto, Morazán, vista de caseríos y cantones.....	271
FIGURA N° 3 Municipio de Corinto, Morazán, vista de la área urbana	272
FIGURA N°4 Inauguración del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.....	272
FIGURA N°5 Usuarias del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.....	273
FIGURA N°6 Usuarias del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.....	273
FIGURA N°7 Actividades que realizan las Usuarias del HEM Corinto, Morazán.....	274
FIGURA N°8 Transporte utilizado para usuarias del HEM a lugar de referencia..	274
FIGURA N°9 Actividades que realiza el equipó especializado para las usuarias..	275
FIGURA N°10 Usuaria junto a personal de enfermería dentro del HEM.....	275
FIGURA N°11 Usuarias de Espera Materna Corinto, Morazán justo en el momento de ser trasladada para su correspondiente evaluación ..	276
FIGURA N°12 Personal Médico en su respectiva evaluación infantil y materna en una paciente post-parto.....	276
FIGURA N°13 Equipo de trabajo de investigación compartiendo un día en la Casa de Espera Materna Corinto, Morazán.....	277
FIGURA N°14 Usuaria con visita familiar	277

LISTA DE ANEXOS	PÁG.
ANEXO N°1 Encuesta dirigida a población general mayor de 18 años de edad, y funcionarios (as) públicos del municipio de Corinto, Morazán.....	250
ANEXO N°2 Encuesta dirigido al personal de salud que directa o indirectamente está relacionada con la operatividad del Hogar de Espera Materna en el municipio de Corinto, Morazán.....	252
ANEXO N°3 Ficha para captación de información de usuarias del Hogar de Espera Materna de Corinto Morazán.....	254
ANEXO N°4 Formulario para captación de parto institucional y domiciliar, en el municipio de Corinto Morazán.....	255
ANEXO N°5 Solicitud de permiso para la realización de trabajo de investigación en el Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, Morazán.....	256
ANEXO N°6 Solicitud de permiso para la recopilación de hoja de vida de la historia de éxito de una paciente que hizo uso del Hogar de Espera Materna, Corinto Morazán.....	257
ANEXO N°7 Consentimiento informado	258
ANEXO N°8 Historia de éxito	259
ANEXO N°9 Glosario.....	264
ANEXO N°10 Siglas.....	265

ANEXO N°11 Presupuesto y financiamiento.....	267
ANEXO N°12Cronograma de actividades.....	268

RESUMEN

Las estrategias y políticas de salud en la actualidad tienen un enfoque orientado hacia la Atención Primaria de Salud (APS), que en su contexto llevan implícitos compromisos del milenio, adquiridos por los países miembros de las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para mejorar los programas de atención de la mujer gestante. En el municipio de Corinto, desde agosto del año 2010 se implementó la estrategia Hogar de Espera Materna (HEM), cuya finalidad es facilitar la accesibilidad de la mujer embarazada y puérpera a los centros de atención médica de primero, segundo o tercer nivel, y con ello mejorar el índice de morbilidad materna y perinatal y parto institucional. **Objetivo:** el propósito primordial de la investigación fue valorar el aporte del HEM en la atención de la mujer embarazada, en relación a morbilidad, atención de parto institucional y domiciliar y nivel de satisfacción percibido por la población beneficiada y los empleados que brindan los servicios de salud en la localidad. **Metodología:** se trató de un estudio retro-prospectivo, descriptivo, analítico y transversal, con revisión documental institucional de casos de alojamiento, opinión de usuarias, empleados de salud y población general. Se incluyeron 214 usuarias alojadas en el HEM, en el periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011, 32 empleados de la micro red de salud de Corinto y 183 personas mayores de 18 años habitantes en el municipio. **Resultados:** no existieron casos de mortalidad materna en la localidad durante el periodo de funcionamiento del HEM, se produjeron 375 partos en total, de ellos 362 corresponde a parto institucional (96%), y 13 casos de parto domiciliar (4%);

el 97% (31) de los empleados consultados le atribuye beneficios al HEM en la atención de la mujer embarazada, el 59% (109) del total población consultada (183) tenía algún nivel de referencia del HEM y de ellos el 100% le atribuye beneficios; 214 alojamientos existieron en todo el periodo de estudio, el 100% procedía de zonas rurales, el 91% (196) se alojó para esperar trabajo de parto, algunos casos de morbilidad obstétrica, y el 9% (18) por morbilidad puerperal en la primera semana de post parto. **Conclusiones:** el HEM del municipio de Corinto ha beneficiado a la mujer embarazada de las zona rurales, disminuyendo la mortalidad, morbilidad, atención de parto institucional y así lo percibe el personal encargado y su población.

Palabras claves: **Hogar de Espera Materna:** casa para alojamiento de la mujer embarazada previo al parto y/o puérpera, **atención primaria:** sistema de atención preventivo, **morbimortalidad materna:** toda patología y/o muerte ocurrida entre la 28 semana de gestación y el 7 día de nacimiento, atribuidas al embarazo, **parto institucional:** parto atendido por personal calificado en instituciones de salud, **parto domiciliar:** parto atendido en casa con o sin el apoyo de partera, **usuaria:** mujer embarazada o puérpera que esta o ha sido alojada en el HEM.

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTE DEL PROBLEMA

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

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

En América Latina varios países cuentan con programas de este tipo. Nicaragua posee características demográficas y de desarrollo casi similares a las de El Salvador, ambas naciones tienen en común que la mortalidad materna es uno de los grandes desafíos en salud pública. Actualmente, cerca de 600,000 mujeres en el mundo mueren cada año como consecuencia de factores relacionados con el embarazo y el parto.¹

La mortalidad materna afecta mayormente, a las mujeres de escasos recursos económicos y con profunda crisis social, que viven en el área rural y en condiciones de desigualdad de género. Muchas de ellas pertenecen a población en pobreza extrema y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no son deseados. La sobrevivencia de la mujer

y el niño, y la atención del parto por personal calificado, así como las capacidades de respuesta de las instituciones ante la presencia de complicaciones obstétricas, existe una fuerte asociación entre ellas. Lo anterior requiere de un esfuerzo conjunto entre las mujeres, la familia, las comunidades, la sociedad civil, los gobernantes y otras instituciones no gubernamentales, para responder con intervenciones que contribuyan a una maternidad saludable. En el país, la tasa de mortalidad materna identificada por la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL), plantea cifras en el último quinquenio 1998-2003 de 172x100, 000 nacidos vivos. Estas cifras ubican a El Salvador entre los países con más altas tasa en el ámbito latinoamericano y a nivel mundial.

Con respecto a las principales causas de muerte materna, para el año 2003 según registros hospitalarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), siguen siendo las ocasionadas por causas directas, que representan el 62 % del total de muertes; siendo las causas principales: problemas hipertensivos relacionados con el embarazo (preeclampsia, eclampsia), hemorragia ante y postparto, Sepsis, embolismo pulmonar y problemas anestésicos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realizó en 2006 la línea de base de Mortalidad Materna, encontrando que la razón de mortalidad materna para el período de estudio (junio 2005 – mayo 2006) fue de 71.2 por 100,000 nacidos vivos, evidenciando que “las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles”, y que estas muertes son “evitables y por consiguiente injustas, reflejando la desigualdad de la

situación de las mujeres y de su acceso a los servicios de salud”.² Mostró, además, que las mujeres que fallecieron eran jóvenes, del área rural, con un nivel educativo bajo, y que las muertes ocurrieron durante la noche, los fines de semana o días festivos, quedando evidenciada la necesidad de fortalecer la prestación de servicios de salud, el sistema de referencia y retorno, así como la información, educación y la comunicación en salud para sensibilizar a las mujeres y su familia en relación a su embarazo, parto, postparto y los cuidados a brindar al recién nacido.

En El Salvador, en la zona oriental se encuentra ubicado el departamento de Morazán que limita al Norte con la república de Honduras, al Sur y al Oeste con el departamento de San Miguel, y al Sur y al Este con el departamento de La Unión. Su cabecera departamental es San Francisco Gotera. Morazán comprende un territorio de 1.447 km² y cuenta con una población de 181,285 habitantes, quien al igual que Cabañas y Chalatenango, es uno de los departamentos más pobres, como otras regiones que fueron afectadas por el conflicto bélico de la década de 1980 – 1990.

Existe un importante número de familias receptoras de remesas familiares enviadas por parientes que se exiliaron durante la guerra, presenta una de las poblaciones con mayor índice de pobreza, analfabetismo, desintegración familiar e inaccesibilidad geográfica, hacia los diversos centros de salud de la red pública y privada. La mayoría de su población vive en áreas rurales y urbano-marginales, en donde las dificultades de acceso a los servicios de salud son un factor que contribuye a

las muertes maternas y perinatales. La economía de Morazán es predominantemente agrícola. En su territorio se cultiva caña de azúcar, café (en la zona de Joateca), henequén, aguacate, piñas y frutas cítricas. También es importante la crianza de ganado bovino y de aves de corral; así como la fabricación artesanal de sombreros de palma, objetos de tule y productos de henequén. En Guatajiagua existe la tradicional producción de ollas y comales de barro negro.

En Morazán desde hace algunas décadas se identificó la presencia de altas tasas de fecundidad, coberturas de inscripción materna bajas, con inscripción tardía, controles subsecuentes incompletos, calidad asistencial deficiente, alto porcentaje de parto domiciliar atendido por personal no calificado, además la poca aceptación por parte de la familia y la comunidad del beneficio que la gestante recibiera atención antes, durante y después del parto son factores que contribuyen a que las muertes maternas ocupen uno de los primeros lugares de mortalidad en la zona norte de este departamento.

En vista de lo anterior se hace un enfoque de la realidad actual, sobre políticas intersectoriales de salud en atención primaria, encaminadas a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Uno de estos compromisos trazados, es la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal en El Salvador, a través de la implementación de estrategias definidas y orientadas a políticas de prevención y promoción en salud.

Es por ello que desde el año 2007 en El Salvador se ha puesto en marcha el programa Hogar de Espera Materna (HEM), cuya finalidad es romper la barrera de la inaccesibilidad geográfica para la atención médica, y con ello contribuir a la disminución de índices de morbilidad materna y perinatal. Se implementó el primer centro de atención a la mujer gestante en el municipio de Perquin, Morazán. Hasta el periodo de agosto de 2011 se cuenta con doce centros de atención en los municipios que comparten características similares de pobreza e inaccesibilidad geográfica.

El Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, Morazán inició funciones el 02 de agosto de 2010. (Ver figura 1) Teniendo como objetivo disminuir los índices de morbilidad materno y perinatal; brindando una atención integral a las gestantes, proporcionándoles alojamiento oportuno para la atención de partos intrahospitalarios, y así disminuir el alto índice de mortalidad materna y perinatal.

Para lograr una maternidad segura es necesario considerar que la salud es un proceso de construcción social donde intervienen la persona, la familia y la comunidad, y en la cual, se debe fundamentar la atención en los cuatro pilares básicos de esta iniciativa. Todo lo anterior cimentado en la participación comunitaria, asegurando la promoción en los servicios de: planificación familiar, control prenatal precoz y continuidad de subsecuentes, atención del parto limpio y cuidados obstétricos esenciales.

Los investigadores se plantearon un propósito consistente en que producto del análisis de esta investigación se pueda intervenir en planes de mejora en cuanto al servicio que actualmente se ofrece y de esta forma contribuir en El Salvador y especialmente en el municipio de Corinto, Morazán a disminuir la morbilidad materna.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De lo antes descrito se derivó el problema sujeto de análisis y que se enuncia de la siguiente manera:

La morbilidad y mortalidad materna y las practicas en atención de parto domiciliario, son problemas constantes en salud pública. Las políticas nacionales e internacionales que pretenden una maternidad segura, a través de estrategias como los Hogares de Espera Materna (HEM), buscan reducir indicadores en morbilidad y fomentar la atención de parto limpio y seguro (institucional). En el municipio de Corinto el HEM inicia funcionamiento en agosto de 2010.

¿Cómo valoran el funcionamiento del Hogar de Espera Materna las usuarias, población general y empleados de salud en relación a la atención de mujeres en estado de embarazo y / o puerperio?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Valorar los aportes del Hogar de Espera Materna en la atención de mujeres embarazadas, a partir de la semana 28 de gestación hasta la primera semana post parto, en el municipio de Corinto, Morazán, periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011 y comparar las tendencias actuales en morbilidad materna, y atención de parto institucional con las existentes previo a la implementación de la estrategia HEM.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.3.2.1 Determinar la tendencia actual de morbilidad materna y atención de parto institucional y / o domiciliar en el municipio, y compararlo con el existente previo a la implementación de la estrategia HEM.

1.3.2.2 Documentar la vía de atención del parto, y complicaciones presentadas en las usuarias del HEM en el periodo de estudio.

1.3.2.3 Caracterizar a las usuarias del HEM en relación a: edad, paridad, gravidez, edad gestacional y procedencia geográfica.

1.3.2.4 Captar la opinión de las usuarias del HEM, trabajadores de salud del HEM y población general (mayor de 18 años) del municipio referente a desempeño de la estrategia.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 EMBARAZO / GESTACIÓN.

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

La gestación es un proceso fisiológico que con cierta frecuencia, puede sufrir alteraciones, por lo que se aceptan universalmente, una serie de cuidados y observaciones, encargadas de prevenir o diagnosticar precozmente dichas alteraciones. La mayoría de los embarazos no presentan patologías, pero el embarazo es una etapa, de gran vulnerabilidad, tanto para la madre como del producto. El 90% de la morbimortalidad materna y perinatal es debida a: alteraciones genéticas y malformaciones del feto, parto pre término, pre eclampsia e insuficiencia placentaria, trastornos endocrino-metabólicos (diabetes gestacional y trastornos de nutrición).³

La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la

decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado.⁴ Identificar los factores de riesgo relacionados con el embarazo, y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada, permitiendo que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo, debe ser el punto final primario de todas las políticas de intervención en este grupo poblacional.

EL EMBARAZO SE DIVIDE EN TRES ETAPAS O TRIMESTRES.

1. Primer trimestre: comprendido desde la semana 1 hasta la semana 13 de gestación, periodo en el cual el riesgo de aborto es mayor.
2. Segundo trimestre: comprende desde la semana 14 hasta la semana 27 de gestación en el cual el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.
3. Tercer trimestre: es comprendido desde la semana 28 de gestación hasta la semana 40. en el cual se marca el principio de la viabilidad, aproximadamente después de la semana 25, quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir, de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea de acuerdo a la situación final del embarazo.⁵

PARTO Y PUERPERIO.

Llegado el final del embarazo las contracciones se presentaran e irán en aumento, comenzaran a percibirse con mayor claridad, algunas pueden empezar a ser

molestas o dolorosas, puede ocurrir que comience con contracciones seguidas dos o tres cada 10 minutos, por un periodo de tiempo prolongado, 1 hora o más.

Definimos Parto Normal como: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.⁶ Al definir Parto Normal se han de tomar en consideración dos factores: el estado de riesgo del embarazo y el curso del parto y del nacimiento. Como ya se ha discutido, el valor predictivo de puntuar el riesgo está muy lejos del 100%. Una gestante que se supone de bajo riesgo cuando comienza el parto puede en cualquier momento tener un parto complicado. Por otra parte, muchas gestantes catalogadas de “alto riesgo” tienen un parto y alumbramiento exento de complicaciones.

Objetivos en el cuidado del parto normal, tareas del personal sanitario.

“El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que: En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural”.

Las tareas del personal sanitario son cuatro:

1. Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos.

2. Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
3. Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.
4. Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.

Esta descripción asume que se puede realizar fácilmente la solicitud de un nivel superior de asistencia. En muchos países, esto no es así; se necesitan regulaciones especiales que permitan a los sanitarios de atención primaria realizar tareas de salvación de vidas. Esto supone una formación adicional y adaptación de la legislación para respaldar al sanitario en estas tareas. También implica acuerdo entre sanitarios en lo que respecta a sus responsabilidades.

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO.

¿Tiene el lugar del parto un impacto significativo en la progresión de éste y en el nacimiento?

Esta pregunta ha sido estudiada con amplitud en las últimas dos décadas. Mientras que en muchos países desarrollados el parto pasó de ser un proceso natural a un procedimiento controlado, el lugar para dar a luz cambió del hogar al hospital. Al mismo

tiempo mucho del denominado “toque humano” fue relegado. El dolor fue aliviado farmacológicamente y a las mujeres se les dejaba solas por un gran período de tiempo; se les controlaba desde lejos. Este era el lado opuesto de aquellas partes del globo en las que no más del 20% de las mujeres tienen acceso a algún tipo de facilidad para dar a luz. Para ellas el parto domiciliario no constituye una opción, es virtualmente inevitable, debido a razones de tipo económica, cultural o geográfica.

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuido a lo largo del mundo, desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. En muchos países en desarrollo, las grandes distancias entre las mujeres y las instituciones sanitarias restringen las opciones y hacen del parto domiciliario su única opción. Aunque la evaluación de los riesgos puede ser perfectamente llevado a cabo por matronas expertas, su consejo acerca del lugar de nacimiento, basado en dicha evaluación, no siempre se admite. En estos países, muchos factores mantienen a las mujeres alejadas de las instalaciones hospitalarias de alto nivel. Estos incluyen el coste de un parto en el hospital, prácticas desconocidas, actitudes inadecuadas del personal, restricciones a la atención de los familiares en el parto y la frecuente necesidad de obtener permiso para otros miembros de la familia (generalmente masculinos) antes de solicitar asistencia institucional. Generalmente, las mujeres de alto riesgo y de muy alto riesgo no se sienten enfermas o muestran signos de enfermedad, así que dan a luz en casa, asistidas por un miembro de la familia, por alguien cercano. Sin embargo, para que un parto

domiciliario sea atendido correctamente sólo son necesarias unas mínimas preparaciones. La matrona ha de asegurarse de que hay agua limpia y que la habitación tiene una temperatura óptima. Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo caliente. Debe existir a su vez un “equipo” de parto, como recomienda la OMS para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical. Así mismo deben existir facilidades de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia. Entonces, ¿Dónde debería dar a luz una gestante? Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia más “bajo” posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado (FIGO 1982). Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una gran maternidad de un gran Hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un Hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello.

EL PUERPERIO.

Es el período de tiempo que se inicia inmediatamente después del parto o alumbramiento, hasta la regresión de los cambios gravídicos, aproximadamente 45 días.

2.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).

La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. Y la APS puede afrontar esos desafíos.

La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían. En la declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud, al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud «pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria». La APS ha seguido siendo el punto de referencia del discurso sobre salud de casi todos los países, precisamente porque el movimiento en pro de la APS intentó aportar respuestas racionales, basadas en datos científicos y con visión de futuro, a las necesidades sanitarias y a esas expectativas sociales. Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las «expectativas sobre la salud y la atención sanitaria» de los ciudadanos y garantizar que «su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud».

En un estudio reciente sobre la APS se expresa esta perspectiva como el «derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible», «con la mayor equidad y solidaridad», considerando la necesidad de «dar respuesta a las necesidades de salud de la población».

Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Esto entraña una reorientación y reforma sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad: esas reformas constituyen la agenda de renovación de la APS.

Hoy en día está claro que, si los sistemas de salud son abandonados a su propia suerte, no se encaminarán de forma natural a los objetivos de la salud para todos por medio de la atención primaria, como se establece en la declaración de Alma-Ata. Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos.

Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

- 1) Los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada.
- 2) Los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios.
- 3) Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Esas tendencias son contrarias a una respuesta global y equilibrada a las necesidades sanitarias; en algunos países, la falta de acceso equitativo, los gastos empobrecedores y la pérdida de confianza en la atención de salud que provocan suponen una amenaza para la estabilidad social.

Si se quieren corregir las mencionadas deficiencias, harán falta mecanismos de gestión y responsabilización colectivas más eficaces, con un rumbo y un propósito más claros, para abordar los problemas de salud de hoy y del futuro.

Cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud.

1. Atención inversa. Las personas con más medios, cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores, son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos.
2. Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria.
3. Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre

están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación.

4. Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.
5. Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

A medida que se modernizan las sociedades, las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias, y para la sociedad en la que viven. Por lo tanto, la población es cada vez más partidaria de que mejore la equidad sanitaria y desaparezca la exclusión; de que los servicios de salud se centren en las necesidades y las expectativas de la gente; de que haya seguridad sanitaria en las

comunidades en que viven, y de poder opinar sobre las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades.

Las reformas de la APS se estructuran en cuatro grupos que reflejan la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la APS, y las crecientes expectativas de la población en las sociedades en proceso de modernización.⁷

- 1) Reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: reformas en pro de la cobertura universal.
- 2) Reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: reformas de la prestación de servicios.
- 3) Reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores: reformas de las políticas públicas.

- 4) Reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: reformas del liderazgo.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de salud, los sistemas de salud locales, las redes de atención sanitaria y los distritos sanitarios a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas».

Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.

Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias.

2.3 MORTALIDAD MATERNA.

La maternidad segura va más allá de una mujer, sino que tiene una “meta común y de salud pública. La supervivencia y el bienestar de las madres y niños es fundamental para la vida de la familia y de la comunidad, y para la prosperidad social” (Cook y Dickens, 2002).

La mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales desde finales de los ochenta, y también de la Cumbre del Milenio de 2000. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados en la Cumbre del Milenio es mejorar la salud materna (ODM 5). Dentro del marco de seguimiento de los ODM, la comunidad internacional se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartos. En este contexto, las estimaciones nacionales de la mortalidad materna a lo largo del tiempo son cruciales para orientar la planificación de programas de salud sexual y reproductiva y guiar las labores de promoción y la investigación a nivel internacional. Estas estimaciones son también necesarias a nivel internacional para orientar la toma de decisiones de donantes y asociados para el desarrollo respecto de la asignación de recursos. Sin embargo, la evaluación del grado de progreso hacia el ODM 5 ha sido una ardua tarea, debido a la falta de datos fiables de mortalidad materna, especialmente en países en desarrollo donde las tasas de mortalidad materna son altas.

Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en el mundo en 2005, el 99% (533 000) correspondía a países en desarrollo. La región del África subsahariana registró algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 000) y Asia meridional fue la siguiente en cifras (188 000). Ambas regiones contabilizaron el 86% de la mortalidad materna mundial.

En las grandes regiones ODM, las RMM más altas en 2005 correspondieron a regiones en desarrollo (con 450 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51). Entre las regiones en desarrollo, el África subsahariana presentó la RMM más alta (900) en 2005, seguida del Asia meridional (490), Oceanía (430), Sudeste asiático (300), Asia occidental (160), Norte de África (160), América Latina y el Caribe (130) y Asia oriental (50).

El riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa relacionada con la maternidad) es mayor en África (1 de 26), seguida de Oceanía (1 de 62) y Asia (1 de 120), mientras que las regiones desarrolladas registraron los menores riesgos a lo largo de la vida (1 de 7300). De los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo a lo largo de la vida estimado (1 de 7), en fuerte contraste con Irlanda, que presenta el menor riesgo a lo largo de la vida (1 de 48 000).

Desde finales de los años ochenta, la mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales, y también de la Cumbre del Milenio de 2000. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados tras la Cumbre del Milenio consiste en mejorar la salud materna (ODM5). Dentro del marco de seguimiento de los ODM, la comunidad internacional se comprometió a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) estableciendo como meta una disminución de tres cuartos entre 1990 y 2015. Así pues, la RMM constituye un indicador clave para el seguimiento de los progresos hacia la consecución del ODM 5. Las estimaciones nacionales de la mortalidad materna son cruciales para orientar la planificación de programas de salud sexual y reproductiva y guiar las labores de promoción y la investigación a nivel internacional, especialmente en el marco de los ODM. Estas estimaciones son también necesarias a nivel internacional para orientar la toma de decisiones respecto del apoyo financiero para la consecución del ODM 5. La utilidad de las estimaciones nacionales para este último fin depende de que sean internacionalmente comparables.

MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), la OMS define la defunción materna como: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración

y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Se clasifican como defunciones obstétricas directas, por ejemplo, las muertes por hemorragia, preeclampsia/eclampsia o complicaciones de la anestesia o la cesárea.

Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Así, por ejemplo, las muertes por agravamiento de una dolencia cardíaca o renal son defunciones obstétricas indirectas.

La identificación precisa de las causas de defunción materna, determinando en qué medida son causas directas o indirectas o accidentales o incidentales, no siempre es posible, especialmente en contextos donde la mayor parte de los partos tienen lugar en casa, y/o no existen sistemas de registro civil con correcta atribución de causas adecuados. En estos casos, es posible que no pueda aplicarse la definición estándar de defunción materna recogida en la CIE-10. El concepto de “defunción relacionada con el

embarazo”, recogido en la CIE-10, da cabida a las defunciones maternas acaecidas por cualquier causa. Según este concepto, se define como “defunción relacionada con el embarazo” cualquier muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluso si es por causas accidentales o incidentales. Esta definición alternativa permite la medición de defunciones relacionadas con el embarazo, aunque no se ajusten estrictamente al concepto estándar de “defunción materna”, en contextos en donde no pueden obtenerse datos precisos sobre la causa de defunción a partir de certificados médicos. Por ejemplo, en encuestas sobre mortalidad materna (como los métodos sororales) se pregunta a los familiares de una mujer fallecida en edad fecunda sobre el estado de gestación en el momento de la defunción, sin recabar más datos sobre la causa de la misma. Más que estimar las defunciones maternas, estas encuestas suelen estimar las defunciones relacionadas con el embarazo.

Las complicaciones del embarazo o del parto también pueden desembocar en defunción después de las seis semanas del puerperio. Además, la creciente generalización de tecnologías y procedimientos modernos para el soporte vital posibilita que más mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto, y se retrase la defunción más allá de los 42 días del puerperio. Estas muertes, a pesar de estar causadas por acontecimientos relacionados con el embarazo, no cuentan como defunciones maternas en los sistemas de registro civil habituales. Con el fin de abarcar estas muertes diferidas, que se producen entre seis semanas y un año después del parto, en la CIE-10 se incluyó un concepto alternativo de defunción materna tardía. Algunos

países, especialmente los que poseen sistemas de registro vital más desarrollados, utilizan esta definición.

MEDIDAS DE LA MORTALIDAD MATERNA.

El número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fecunda.

La RMM se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos. En cambio, la tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de defunciones maternas en una población dividido por el número de mujeres en edad fecunda; de esta forma, refleja no sólo el riesgo de defunción materna por embarazo o por alumbramiento (nacido vivo o mortinato), sino también el grado de fertilidad en la población. Además de la RMM y la TMM, se puede calcular el riesgo de mortalidad materna durante la vida adulta de las mujeres en la población.

DEFINICIONES ALTERNATIVAS DE DEFUNCIÓN MATERNA EN LA CIE-10.	
Defunción relacionada con el embarazo.	La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.
Defunción materna tardía.	La muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

MEDIDAS ESTADÍSTICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA.	
Razón de mortalidad materna.	Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo periodo.
Tasa de mortalidad materna.	Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 mujeres en edad fecunda en el mismo periodo.
Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta.	Probabilidad de una mujer de morir por una causa materna durante su vida reproductiva.

¿Puede alcanzarse el quinto ODM?: a nivel mundial se han adquirido compromisos u objetivos de desarrollo del milenio (ODM) para mejorar en aspectos importantes en la salud y calidad de vida. El quinto ODM pretende mejorar la salud materna y busca reducir la RMM en un 75% entre 1990 y 2015, es decir, prevé alcanzar un descenso anual del 5,5% de la RMM a partir de 1990. Sin embargo, como se muestra en el cuadro 3, la mortalidad materna (medida mediante la RMM) ha disminuido a nivel

internacional en un promedio inferior al 1% anual entre 1990 y 2005 (utilizando el segundo método descrito antes). Además, desde una perspectiva regional, ninguna de las regiones ODM alcanzó el 5,5% entre 1990 y 2005, aunque Asia occidental se acercó al objetivo con un descenso anual del 4,2%.⁸ Para hacer realidad el quinto ODM, la RMM tendrá que disminuir a mucha mayor velocidad, especialmente en el África subsahariana, donde el descenso anual hasta la fecha ha rondado el 0,1%. La consecución de este objetivo requerirá un mayor énfasis en la mejora de la atención sanitaria a las mujeres, incluida la prevención de embarazos no planeados y abortos peligrosos y la prestación de cuidados de alta calidad en el embarazo y el parto, así como en la atención obstétrica de urgencia.

Los datos sobre el segundo indicador identificado para el seguimiento de los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, es decir, la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado (doctor, partera o enfermera) indican que tal asistencia es limitada allí donde las defunciones maternas también constituyen un problema importante. En África, menos del 50% de los partos cuentan con la asistencia de un trabajador sanitario cualificado, según los datos más recientes disponibles a pesar de un aumento del 43% al 57% entre 1990 y 2005 en todas las regiones en desarrollo, como se indica en el Informe 2007 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tales cifras están muy por debajo de la meta mundial para este indicador, que, acordada en una sesión extraordinaria de las Naciones Unidas en 1999,

pretende garantizar que al menos el 90% de los alumbramientos mundiales sean asistidos por personal sanitario cualificado en 2015.

Las cifras de los dos indicadores identificados para medir la mortalidad materna sugieren que todavía hay mucho por hacer para acelerar el progreso hacia la consecución del ODM 5.

2.4 ESTADISTICAS SANITARIAS MUNDIALES. (2009)

La salud es un elemento esencial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los Objetivos 4, 5 y 6 se centran específicamente en la salud, pero todos los demás objetivos tienen aspectos relacionados con la salud; su consecución no será posible sin avances en la seguridad alimentaria, la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer, la ampliación del acceso a la educación y una mejor gestión del medio ambiente.

Según las estimaciones, en 2007 hubo 9 millones de muertes infantiles, significativamente menos que la cifra de 12,5 millones estimada en 1990, y a lo largo de ese periodo la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años disminuyó un 27% y pasó a 67 por 1000 nacidos vivos en 2007. El objetivo de reducir la mortalidad infantil depende cada vez más de la lucha contra la mortalidad neonatal; a nivel mundial, se estima que el 37% de las defunciones entre los niños menores de cinco años se producen en el primer mes de vida, la mayoría en la primera semana.

Cada año unas 536, 000 mujeres mueren de complicaciones durante el embarazo o el parto, el 99% de ellas en países en desarrollo. La tasa mundial de mortalidad materna, de 400 defunciones maternas por 100, 000 nacidos vivos en 2005, apenas ha cambiado desde 1990. La mayoría de las defunciones maternas se producen en la Región de África, donde la tasa de mortalidad materna es de 900 por 100, 000 nacidos vivos, sin que se hayan registrado mejoras mensurables entre 1990 y 2005. Los avances en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas dependen de la mejora del acceso a servicios de salud materna y reproductiva de calidad y la utilización de los mismos. La proporción de mujeres embarazadas en el mundo en desarrollo que tuvieron al menos una visita de atención prenatal aumentó de poco más de la mitad a principios del decenio de 1990 a casi las tres cuartas partes un decenio más tarde. Durante el periodo 2000-2008, el 65% de los partos a nivel mundial fueron asistidos por personal sanitario calificado, un 4% más que en 1990-1999.

Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos):

La razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos), en El Salvador es de 170. Siendo el promedio regional de 99 para la región de las Américas. (900 para África, 27 Europa, 420 mediterráneo oriental, 82 pacífico occidental, 450 Asia sudoriental).

Partos atendidos por personal de salud cualificado (%):

En El Salvador el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado corresponde al 84%, siendo este en promedio para la región de las Américas de 92 %. (46 África, 96 Europa, 59 mediterráneo oriental, 92 pacífico occidental, 48 Asia sudoriental)⁹

2.5 ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2011 (OMS).

Resumen de los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud y sus metas conexas.

La OMS presenta las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011 en el marco de su continuo empeño en ofrecer un mejor acceso a datos de alta calidad sobre indicadores básicos de la salud de la población y de los sistemas sanitarios nacionales. Salvo que se indique otra cosa, todas las estimaciones han sido aprobadas por la OMS previa consulta con los Estados Miembros y se publican en este documento en calidad de cifras oficiales de la OMS. Sin embargo, estas estimaciones óptimas se han obtenido utilizando categorías y métodos normalizados para mejorar su comparabilidad entre los países. En consecuencia, no deben considerarse como las estadísticas de los Estados Miembros respaldadas por estos, las cuales pueden haberse obtenido por otros métodos.

Los progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud siguen difiriendo tanto entre los países como entre los diversos objetivos.

En concreto, hay que esforzarse más por reducir la mortalidad neonatal (defunciones durante los primeros 28 días de vida), ya que el ritmo de disminución es más lento que el observado en los niños de más edad. En 2009, el 40% de las defunciones de menores de 5 años se produjeron en el periodo neonatal.

Las estimaciones más recientes indican que la cifra de mujeres que mueren a consecuencia de complicaciones del embarazo y el parto ha descendido un 34%, de 546,000 en 1990 a 358,000 en 2008. Aunque es un progreso notable, la tasa anual de disminución del 2,3% es menos de la mitad del 5,5% necesario para lograr la meta de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. En 2008, casi todas las defunciones maternas (99%) se produjeron en países en desarrollo.

La tasa de disminución de la mortalidad materna de la Región de Asia Sudoriental fue una de las más altas, mientras que la de la Región de África se mantuvo obstinadamente baja, correspondiente a 620 por 100 000 nacidos vivos en 2008.

Se han producido mejoras en la cobertura de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna, entre ellas, la dispensación de servicios de planificación

familiar y el acceso de todas las mujeres a una atención cualificada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las últimas estimaciones indican que el 63% de las mujeres de entre 15 y 49 años de los países en desarrollo que están casadas o forman parte de una pareja utilizan algún método anticonceptivo. Aunque el 80% de las embarazadas recibieron atención prenatal al menos una vez durante el periodo 2000-2010, solo el 53% accedieron al mínimo de cuatro visitas prenatales que recomienda la OMS. La proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado aumento del 58% en 1990 al 68% en 2008, pero se mantuvo baja en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental, donde esa atención solo se prestó en el 50% de los partos, aproximadamente.

El logro de los ODM relacionados con la salud está muy condicionado al grado en que se puedan integrar los programas de salud, se cubran los déficits de financiación y se fortalezcan los sistemas de salud, especialmente en lo que concierne al personal sanitario, la financiación y la organización de la prestación de servicios. La obtención de los recursos que necesitan todas estas áreas plantea problemas importantes. Según las estadísticas más recientes de los países, la densidad de médicos y enfermeros sigue siendo diez veces mayor en los de ingresos altos que en los de ingresos bajos.

Siguen haciendo falta unos sistemas de información sanitaria que funcionen bien para supervisar los progresos en el logro de los ODM relacionados con la salud, así como los avances hacia otros objetivos de salud y metas de equidad nacionales. También

deben llevarse a cabo exámenes del desempeño de los sistemas que orienten los procesos de toma de decisiones nacionales e internacionales. Aunque se está avanzando, en muchos países escasean las estadísticas fiables, y persisten enormes dificultades para el fortalecimiento de las capacidades nacionales.¹⁰

Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos).

Para El Salvador en el reporte de 2011 la razón de mortalidad es de 110 de un promedio regional para la región de las Américas de 66, África 620, Europa 21, región del mediterráneo oriental 320, región del pacífico occidental 240.

En El Salvador el porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado es de 84% al 2011. Un porcentaje importante en relación a otros países en la América central como Nicaragua 74%, Honduras 67%, Guatemala 51%; pero muy inferior en relación a Costa Rica con el 99%.

2.6 INICIATIVA MATERNIDAD SEGURA.

La mortalidad materna es uno de los grandes desafíos de salud pública. Actualmente, cerca de 600,000 mujeres en el mundo mueren cada año como consecuencia de factores relacionados con el embarazo y el parto. El problema es especialmente grave en países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna han disminuido levemente en los últimos 50 años.

Por lo tanto, reducir la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad que se refleja en el hecho de que se haya incluido como una de las ocho metas de desarrollo del milenio, así como en el interés creciente por parte de los gobiernos y agencias internacionales en mejorar la salud materno-infantil en los países más pobres.

Para lograr una maternidad segura es necesario considerar que la salud es un proceso de construcción social, donde intervienen la persona, su familia y la comunidad, y que se debe fundamentar la atención en los cuatro pilares básicos:

1) Planificación familiar.

Se debe hacer accesible y a libre elección a la población, la gama de métodos de planificación familiar que incluya mayor promoción y consejería de los mismos, lo que contribuirá a evitar embarazos no deseados.

2) Control prenatal.

Debe realizarse en forma precoz, continua e integral, con calidad y calidez, para contribuir a la detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el embarazo, parto, postparto y del recién nacido. Su propósito se fundamenta en: reducir la morbilidad perinatal, disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento, disminuir el número de abortos, disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica, promover la lactancia materna y proporcionar educación sanitaria básica.

3) Parto limpio y seguro.

La política institucional es promover la atención del parto institucional por personal calificado, para garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las aptitudes y el equipo necesarios para realizarlo en forma limpia y segura pudiendo promover los cuidados en el postparto para el binomio madre-hijo.

4) Cuidados obstétricos esenciales.

Son los cuidados básicos que se brindan a la mujer durante el embarazo, parto, postparto y recién nacido, para prevenir complicaciones.

Es responsabilidad del profesional de la salud proporcionar atención integral con calidad y calidez a la mujer en todas las etapas de la vida, y principalmente en su gestación, parto, postparto y a su recién nacido.

2.6.1 MATERNIDAD SEGURA, EL COMIENZO DE LA VIDA / TRADICIONES Y MITOS. RESEÑA HISTÓRICA.

Cuentan las tradiciones que no tienen comienzo ni final que hace cientos de años el honor de recibir a los niños que llegaban a este mundo solo era una ventaja que podían tener los padres. Si era el primogénito, la abuela paterna se preparaba para recibirlo y enseñarle a su propio hijo cómo debería recibir a los otros niños que procreara. El cordón umbilical se cortaba con un trozo de tiesto porque se tenía la creencia que si se utilizaba algún metal el recién nacido se convertiría en un despilfarrador de adulto.

El cuidado mayor se dirigía a la placenta. Este envoltorio que había protegido al bebé durante el embarazo debía ser quemado y enterrado en un lugar preferencial de la casa. Jamás debía ser tirado a la basura o puesto a merced de los perros pues la venganza se desataría contra la madre, quien luego de hincharse sin remedio se debilitaría hasta morir. Después de haber cumplido con todos estos ritos durante el parto, se debía colocar una tijera en forma de cruz debajo de la almohada del recién nacido para ahuyentar a los malos espíritus, y poner detrás de la puerta de su habitación un cuchillo para ahuyentar a las ánimas. Hecho esto, solo faltaba un detalle más: durante cinco días después del alumbramiento, la madre no podía acarrear agua, mojarse, comer sal ni usar cuchillo.

Dice la historia de la medicina que hasta Hipócrates, Platón y Serófilo, deslumbrados por aquel milagro de la vida, escribieron y dieron consejos sobre partos. Los árabes diseñaron la extracción de los recién nacidos por medio de lazos, mientras que Trótula, de Salerno, recomendaba sacudidas a la parturienta si el niño demoraba en salir. Pero los tiempos avanzaban y los pensadores reacomodaban sus hipótesis. Y así la naturaleza, que en un inicio acomodó a la madre de cuclillas para parir, fue modificada por la ciencia que recomendó echarla, y fue entonces que para 1610 se inauguró, en el Hotel Dieu de París, el primer departamento para partos. Las madres de las ciudades fueron acomodadas de acuerdo a los adelantos de la época, y de allí la vorágine de las investigaciones permitieron que nazca la cesárea y que el gran científico Mauriceau dé a conocer al mundo la utilización del fórceps como una ayuda para el niño por venir.

Mientras todo esto ocurría en el mundo privilegiado, y gracias a estos adelantos muchas vidas de madres y niños se salvaban, existían rincones de muchos países a donde nunca llegaban estas novedades: la madre seguía el curso de la gravedad para dar a luz, el padre continuaba recibiendo a sus hijos ni bien respiraban el aire de esta tierra, la placenta se enterraba en respetuoso rito, y el cordón umbilical se guardaba amarrado con lana de oveja.

Esas familias nunca supieron del hotel en París para dar a luz, ni del fórceps, ni de las cesáreas. Para ellos la vida hizo un alto y allí se quedó. A todas estas mujeres, y a las generaciones que vinieron después, nunca se les permitió conocer de los avances de la ciencia. Pero el peligro para ellas fue más allá, porque la información no solo se quedó en el camino, sino que cuando tuvieron la oportunidad de acceder a alguno de estos conocimientos, recibieron el desprecio y el rechazo a toda su cultura, ritos y creencias. Y esto motivó aún más el alejamiento y la exclusión.

Las cifras de muerte materna en muchos países de América Latina son inaceptables. Y son precisamente las familias de las zonas más alejadas de estos países, las que padecen el terrible dolor de ver partir a la madre de la casa en una muerte que se pudo evitar si todos nos diéramos cuenta de que más allá del avance de la ciencia, de credos y de costumbres, el respeto es la llave que abre la puerta de la vida.

COMPONENTES ESENCIALES:

Planificación Familiar: Planificar el número de hijos deseados es el primer paso para asegurar la disponibilidad de recursos económicos de la familia y la calidad de vida de los integrantes de la misma.

Atención prenatal: Los controles prenatales son el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos que están destinados a prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto. Constituyen una de las principales formas de asegurar el buen estado de salud de la madre y del feto, además de su correcto desarrollo.

Vacunas a favor de la madre y el niño: La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del niño por nacer, pues evita que contraiga tétanos neonatal por contaminación al momento del corte del cordón umbilical.

Suplemento de Hierro: La deficiencia de hierro durante el embarazo puede acarrear problemas de salud a la madre y al feto, por lo cual es importante que los servicios de salud provean suplementos de este mineral a las mujeres embarazadas y a los niños lactantes. Esta carencia origina el bajo peso del recién nacido y la anemia materna.

Atención del Parto por profesionales de la salud: La falta de un profesional al momento del parto es una de las principales causas de muerte entre las madres, pues no cuentan con un especialista en salud que pueda evitar las posibles complicaciones cuando se produce el nacimiento del niño.

Cuidados de parto y posparto: Mientras que la prolongación del parto no es una complicación exclusiva de las mujeres más pobres, el sangrado, la fiebre y las convulsiones sí lo son.

Mortalidad Materna: La situación de la maternidad no es alentadora, en especial en zonas pobres, rurales y de exclusión. Los motivos que determinan la alta tasa de mortalidad materna son diversos. Entre ellos están el diagnóstico no adecuado, las dificultades en la identificación de los signos de alarma, el escaso acceso al control prenatal, la falta de información exacta sobre las condiciones de la salud materna y el uso exclusivo de prácticas tradicionales.

Lactancia Materna: La leche materna contiene proteínas, vitaminas y ácidos grasos que permiten el pleno desarrollo del cerebro humano, especialmente en los dos primeros años de vida, y éstos no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal. Pero la lactancia no solo representa un beneficio para los niños sino también para sus madres pues la mujer se beneficia al dar de lactar debido a que disminuye el riesgo de la hemorragia después del parto, lo que reduce el desarrollo

de anemias; también ayuda a contraer el útero y regresarlo a su tamaño normal, y a prevenir el cáncer de mama o de ovarios. Según las guías de Salud Sexual y Reproductiva la lactancia materna puede ser utilizada como método anticonceptivo natural durante los primeros seis meses de lactancia, siempre y cuando sea exclusiva, el amamantamiento al bebé se realice con una frecuencia de 10 a 12 veces durante el día y la noche, y la madre no presente periodo menstrual.

HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA. LAS ACCIONES Y OBJETIVOS DE UNICEF EN EL MUNDO.

“Los niños que sobreviven a sus madres tienen de tres a diez veces más posibilidades de morir durante sus dos primeros años, que en el caso de que las madres hubieran permanecido con vida. Por cada mujer que muere, treinta más sufren lesiones derivadas del embarazo e infecciones que pueden discapacitarlas para toda la vida. Más de una cuarta parte de todas las mujeres del mundo en desarrollo sufren discapacidades vinculadas con el embarazo. Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor.

Una mirada hacia el mundo.

Las calorías que la madre consume y la calidad de su alimentación tienen una influencia directa sobre el tamaño, el peso al nacer y la vulnerabilidad a la tensión después del nacimiento del niño. De los recién nacidos en todo el mundo, 18% pesan menos de lo recomendable (menos de 2,500 gramos), y esta cifra aumenta a 50% en Bangladesh, donde muchas madres se encuentran desnutridas. Si bien la atención prenatal es esencial, no debe dejarse de lado la atención durante el alumbramiento. Casi el 99% de todas las muertes relacionadas con el embarazo y el alumbramiento se produce en el mundo en desarrollo. A pesar de la importancia ampliamente reconocida de la asistencia capacitada, casi la mitad de todas las mujeres en el mundo siguen dando a luz sin la ayuda de profesionales, utilizando en vez de ella a miembros de la familia o a parteras tradicionales sin capacitación.

Los peligros del embarazo pueden reducirse mucho si la mujer se encuentra en buen estado de salud y está bien alimentada antes de quedar embarazada, si se somete a un reconocimiento médico al menos cuatro veces durante el embarazo, y si el parto es asistido por un médico, una enfermera o una partera calificada. A los gobiernos les corresponde una responsabilidad especial en la prestación de servicios de asistencia prenatal y postnatal, y en la formación de personal capacitado para atender los partos. También deben procurar una atención especial y servicios de envío a centros adecuados para las mujeres que presenten problemas graves durante el embarazo y el parto.

Dentro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la Maternidad Segura es uno de los temas claves para lograr una mejor calidad de vida para la madre y el niño. La meta al 2015 es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, pero lamentablemente los avances han sido deficientes: solo el 17% de los países, lo que supone el 32% de la población del mundo en desarrollo, se encuentran bien encarrilados. De no lograrse el objetivo planteado, las repercusiones en la infancia serían calamitosas. Más de medio millón de madres mueren todos los años como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y del parto, y 15 millones de mujeres sufren heridas, infecciones y discapacidad durante el embarazo y el parto. Los niños en la primera infancia tienen menores posibilidades de supervivencia sin el cuidado de sus madres. Si no se logra un esfuerzo concertado para salvar las vidas de sus madres, millones de niños se verán privados del amor y la atención maternos durante la infancia.¹¹

MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA (MSCF).

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

EJES CONCEPTUALES.

1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.
2. Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas.

PRINCIPIOS.

1. Es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente.
2. Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.
3. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.
4. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de “derechos humanos”.
5. Enfrenta la inequidad y la discriminación.
6. Admite publicidad en el marco de la ética.

7. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.
8. Es gratificante para todos los agentes de salud.
9. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.
10. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.
11. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.
12. Es costo-beneficiosa y replicable.
13. Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.
14. Sus resultados pueden ser cuantificados.
15. Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.

2.7 LOS 10 PASOS HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA CENTRADA EN LA FAMILIA (MSCF).

La estrategia para la implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio.¹²

Paso 1. Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución. Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

Paso 2. Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal (CPN). Se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la Maternidad, de manera de facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN en los días de consulta de la embarazada. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, lactancia materna, procreación responsable y acerca del curso de preparación para la maternidad.

Paso 3. Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto. Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto, etc. Se estimula la lactancia materna precoz y el vínculo temprano madre-hijo.

Paso 4. Priorizar la internación conjunta madre- hijo sano con la participación de la familia. Se evita la separación del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.

Paso 5. Facilitar la inclusión de madre y padre y del resto de la familia en la Internación Neonatal. Padre y madres tienen ingreso irrestricto en la Internación

Neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del recién nacido internado. Se promueven el contacto piel a piel (COPAP) y la lactancia materna.

Paso 6. Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita permanencia junto con los recién nacidos internados. La RM permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

Paso 7. Contar con un servicio de voluntariado hospitalario. El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas/ madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la Residencia para Madres RM.

Paso 8. Organizar el seguimiento del recién nacido sano, y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y, especialmente, de aquellos de riesgo. En las consultas de control, se facilita la participación de la familia.

Paso 9. Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN. La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de

Salud) o bien para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa.

Paso 10. Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF. La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) y, a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades, de manera de constituir una red de MSCF.

2.8 “REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO” (MPS, MAKING PREGNANCY SAFER) OMS.

MPS declara que se requieren tanto el mejoramiento de los servicios de salud como acciones comunitarias para asegurar que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención apropiada cuando la necesiten.

MPS considera que el trabajo con individuos, familias y comunidades es el enlace fundamental que asegura la continuidad recomendada de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, se reconoce que la disponibilidad de servicios de calidad no producirá los resultados de salud deseados si no hay posibilidades de que las personas se mantengan sanas, tomen decisiones saludables y puedan actuar conforme a ellas.

LAS INTERVENCIONES SE ORGANIZAN EN CUATRO ÁREAS PRIORITARIAS:

1. Desarrollo de capacidades para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales.
2. Mayor conciencia de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal.
3. Fortalecimiento de los vínculos para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de atención de salud.
4. Mejoramiento de la calidad de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades.

La iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS) fue lanzada en el año 2000 con el propósito de reforzar las actividades de la OMS en pos de una Maternidad sin Riesgo.

El objetivo de la iniciativa (actualmente un Departamento en la OMS) es ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud, concentrándose en intervenciones basadas en la evidencia y orientadas a combatir las causas principales de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal. Se declara que tanto el mejoramiento de los servicios de salud para la mujer y el recién nacido como las acciones comunitarias son requisitos necesarios para asegurar que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la

atención brindada por personal calificado cuando la necesiten. Además, se hace hincapié en el importante papel que desempeñan las mujeres, sus parejas, las familias y la comunidad en general en el mejoramiento de la salud.

ESTRATEGIAS, ENTORNOS Y ÁREAS PRIORITARIAS

Educación: La educación se menciona en la Declaración de Alma-Ata como el primero de ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud, y se la considera uno de los factores más importantes que influyen en la salud materna y neonatal. El “diálogo con la comunidad” reconoce el papel central de las comunidades en la toma de decisiones y la implementación de acciones que tienen un impacto en la salud y el bienestar.

Acción comunitaria para promover la salud: Dentro de la iniciativa MPS, se define a la comunidad como un grupo de personas relacionadas que tienen necesidades y problemas comunes. El concepto de comunidad va más allá de una expresión geográfica (que es el significado de uso más frecuente).

Alianzas: La alianza se define como “una relación de colaboración entre entidades con el propósito de trabajar para alcanzar objetivos comunes mediante una división consensuada del trabajo.

Fortalecimiento institucional de la salud en el distrito: Conforme se produce la descentralización, las medidas y la planificación deben considerar el fortalecimiento institucional de las organizaciones de distrito y comunitarias para que puedan asumir en forma activa la propiedad de las estrategias de salud materna y neonatal.

Promoción local de la causa: Las actividades de los individuos, las familias y las comunidades deben realizarse en estrecha colaboración con los esfuerzos de promoción de los programas de salud materna y neonatal. Varias intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades están orientadas a la promoción de la causa, mediante el aumento de las “demandas” de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades; y una mayor conciencia de la comunidad en materia de problemas de salud materna y neonatal, y la participación en las decisiones adoptadas en el distrito destinadas a encontrar soluciones y asignar recursos.¹³

ENTORNOS FAVORABLES PARA LA SALUD DE LA MUJER, LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO.

El concepto de entornos saludables, según se define en la iniciativa de “Promoción de la Salud”, es un enfoque eficaz que persigue la creación de un conjunto integral de intervenciones en un contexto físico definido para proporcionar un entorno saludable y propicio. Cabe señalar que los entornos, tal como se usa en Promoción de la Salud, difieren de los canales de comunicación o los grupos destinatarios. Los entornos

de especial importancia para la salud materna y neonatal son: El hogar, las comunidades y los servicios de salud.

Áreas prioritarias para la intervención.

A continuación, se ofrece una descripción breve de cada una de las áreas prioritarias para las intervenciones. Las acciones en cada una de las cuatro áreas deben aplicarse simultáneamente para contribuir a mejorar la salud materna y neonatal. Las áreas seleccionadas para la intervención dependerán de la situación local, el contexto y los recursos disponibles.

RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES EN LAS ÁREAS PRIORITARIAS.			
Desarrollar capacidades	Aumentar la Conciencia.	Fortalecer los vínculos	Mejorar la calidad
Para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales	De los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal	Para lograr el apoyo social entre las mujeres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de servicios de salud	De la atención, los servicios de salud, y las interacciones con las mujeres y las comunidades
Auto cuidado. Búsqueda de atención de salud para la mujer y el recién nacido.	Derechos humanos. El papel de los hombres y otras personas con influencia.	Sistemas comunitarios de financiamiento y de transporte. Hogares maternos.	Participación comunitaria en la atención de calidad. Apoyo social durante el parto.

Preparación para el parto y situaciones de emergencia	Vigilancia epidemiológica en las comunidades, y auditorías de la defunciones maternas y perinatales	Funciones de las parteras tradicionales dentro del sistema de salud	Competencia interpersonal e intercultural de los trabajadores de salud
---	---	---	--

HOGARES MATERNOS.

En aquellos casos de escasa cantidad de prestadores de salud calificados para la atención del embarazo y parto y el manejo de complicaciones obstétricas y de grandes distancias para llegar a ellos, será de utilidad considerar la posibilidad de contar con hogares maternos.

La finalidad de un hogar materno es proporcionar un entorno cercano a la atención calificada, donde las mujeres puedan permanecer en las semanas finales del embarazo. Algunos hogares maternos han incluido, entre sus tareas, actividades de educación y consejería para mejorar el autocuidado, orientadas especialmente a las mujeres y los recién nacidos.

Existen diferentes modelos de hogares maternos (véase estudios de casos en Malawi, Zimbabue, Nigeria, Etiopía, Mozambique, Bangladesh, Mongolia, Papúa Nueva

Guinea, Indonesia, Cuba, y Nicaragua). Aunque su eficacia no se ha evaluado cuantitativamente, su permanencia indica que existe aceptación y sostenibilidad local.

La concientización de la comunidad sobre las necesidades de salud materna y neonatal, así como la participación comunitaria en la planificación, la implementación y el monitoreo constante, y el establecimiento de hogares culturalmente apropiados que satisfagan las necesidades locales son importantes para la implementación exitosa y la sostenibilidad a largo plazo de resultados de salud positivos. Sin embargo, hay que destacar que esta estrategia no debe considerarse como intervenciones independientes, y debe servir para vincular a las mujeres, individuos, familias y comunidades con el sistema de salud en la continuidad de la atención.

Consideraciones clave para la gestión eficaz de los hogares maternos.

- a) Servicios que se ofrecerán.
- b) Enlace con servicios de salud comunitaria y el sistema de referencia.
- c) Administración y requisitos de personal.
- d) Equipo y suministros
- e) Consideraciones acerca de los costos.

2.9 HOGARES DE ESPERA MATERNA (HEM)

El Hogar de Espera Materna (HEM): es 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 promueve la atención del post-parto sea este normal o complicado.

La creación de los “Hogares de Espera Materna” en El Salvador, constituye una estrategia para salvar la vida de las madres y sus recién nacidos, y tiene como propósito superar las barreras geográficas, económicas y culturales, brindando alojamiento, alimentación y promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la embarazada, por un tiempo determinado durante la gestación y en el post parto, así como facilitarle el acceso hacia el servicio de salud de primer nivel o segundo nivel de acuerdo a las necesidades, con el propósito de evitar las complicaciones o muerte tanto de la madre como del recién nacido.

Los principios que rigen las políticas operativas del Hogar de Espera Materna son la gratuidad del servicio, solidaridad de la sociedad civil, colaboración interinstitucional y universalidad de los servicios proporcionados.

Funciones por niveles organizativos

- 1.** Secretaría del estado: la dirección general de la unidad de atención a la mujer en coordinación con la unidad de salud comunitaria y la unidad de atención a la niñez, monitoreará a nivel institucional que los HEM sean implementados de conformidad a las guías de atención.
- 2.** Nivel regional: a través de los SIBASI y las unidades de salud del área, de influencia, será responsable del monitoreo, evaluación y supervisión de la prestación de servicios de salud proporcionados en el HEM.
- 3.** nivel SIBASI: el SIBASI donde se encuentre implementado un HEM será responsable de: garantizar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos técnicos y administrativos en el funcionamiento del HEM.
- 4.** Nivel local: la Unidad de Salud en cuya área geográfica de influencia (AGI) se encuentra un HEM será responsable directo y ejecutará acciones como: coordinar, monitorear y supervisar la prestación de servicios de salud del HEM y que estos sean apegados a normas, procesos y procedimientos institucionales, promover los insumos médicos y no médicos, material educativo y de promoción a la salud de acuerdo a su disponibilidad y bajo procedimientos administrativo vigente en el ministerio de salud.

5. Comité directivo del HEM: será una instancia formada en el municipio donde se encuentre implementado el HEM. ¹⁴

La Asociación de nacionalidad Salvadoreña que se denomina Asociación Casa de Espera Materna de Corinto (ACEMCOR), tendrá como Domicilio, el Municipio de Corinto, Departamento de Morazán. Es una entidad de naturaleza autónoma, participativa, democrática y sin fines de lucro.

El gobierno de la Asociación será ejercido por:

- A) La Asamblea General, que estará integrada por todos los miembros fundadores y activos.
- B) La Junta Directiva electa por la Asamblea General que desempeña sus cargos adhonoren y por un periodo no mayor de dos años a partir de su elección, pudiendo ser reelectos para otro periodo igual.
- C) En caso que la Asamblea General así lo considere podrá llamar a elecciones de Junta Directiva en un periodo menor al establecido.

2.10 HOGAR DE ESPERA MATERNA CORINTO- MORAZAN

OBJETIVO:

Disminuir los índices de Morbi-mortalidad Materno y Perinatal; brindando una atención integral de las gestantes garantizándoles el alojamiento oportuno para la

atención de partos intrahospitalario y la promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos.

Morbi-mortalidad materna y perinatal:

Se considera a toda patología y/o muertes ocurridas entre la vigesimooctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento, atribuidas al embarazo.

MISIÓN:

Promover la importancia del uso oportuno y adecuado de la Casa de Espera Materna brindando una atención integral y de calidad para lograr una maternidad.

El Hogar de Espera Materna Fue donado por la República de Korea (KOIKA) así como su equipamiento; realizando Alianzas con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Y su sostenibilidad con la participación organizada de la comunidad a través de gestiones realizadas de acuerdo a las necesidades de la misma.

ACTIVIDADES DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA EN CORINTO:

1. Planificación y Ejecución de Plan de Trabajo de la Casa de Espera Materna.
2. Divulgación del plan de trabajo sus objetivos y funcionamiento.
3. Visitas a las comunidades para dar a conocer sus objetivos y funcionamiento.
4. Solicitar ayuda en algunas necesidades al sacerdote y pastores evangélicos.

5. Elaboración de carnet de Identificación para miembros de ACEM COR.
6. Solicitar ayuda a comercios grandes y pequeños del municipio.
7. Gestión de alimentos e insumos necesarios para la estadía de las madres.
8. Planificación de trabajo; en conjunto con Unidad de Salud, Alcaldía Municipal, SIBASI y Región Oriental de Salud.
9. Planificación de actividades con líderes comunitarios.
10. Atención directa a las embarazadas, parto, puerperio y recién nacido.
11. Educación en salud a las embarazadas, parto, puerperio y recién nacido.
12. Detección oportuna del inicio de trabajo de parto.
13. Atención de partos.¹⁵

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Hi: El Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, por medio de sus programas de atención a la mujer embarazada, ha proporcionado aportes importantes en los índices de morbilidad materna, mortalidad materna, atención de parto limpio y seguro (institucional) en la localidad.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

Ho: El Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, por medio de sus programas de atención a la mujer embarazada, no ha proporcionado aportes importantes en los índices de morbilidad materna, mortalidad materna, atención de parto limpio y seguro (institucional) en la localidad.

3.3 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

H_{i1}: La morbimortalidad materna en el municipio de Corinto, ha disminuido posteriormente a la implementación del Hogar de Espera Materna (HEM).

H_{i2}: La atención de parto limpio y seguro (institucional), en el municipio de Corinto se incrementó a partir de la implementación del Hogar de Espera Materna en relación a las estadísticas previas.

H_{i3}: Las usuarias, los trabajadores de salud y población en general mayores de 18 años en el municipio de Corinto, perciben favorablemente las políticas de intervención en salud preventiva que brinda el Ministerio de Salud, mediante la implementación del HEM en su localidad.

3.4 HIPÓTESIS NULAS.

H₀₁: La morbimortalidad materna en el municipio de Corinto, no ha disminuido posteriormente a la implementación del Hogar de Espera Materna (HEM).

H₀₂: La atención de parto limpio y seguro (institucional), en el municipio de Corinto no se incrementó a partir de la implementación del Hogar de Espera Materna en relación a las estadísticas previas.

H₀₃: Las usuarias, los trabajadores de salud y población en general mayores de 18 años en el municipio de Corinto, no perciben favorablemente las políticas de intervención en salud preventiva que brinda el Ministerio de Salud, mediante la implementación del HEM en su localidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS GENERAL.	Es el grado de complejidad al cual se enfrenta la mujer embarazada, para ser atendida por personal médico calificado, en instituciones de salud pública, al final del embarazo, parto y puerperio. Que al final se traduce en el éxito o el fracaso de los programas preventivos.	Morbi-mortalidad materna y perinatal.	Se considera a toda patología y/o muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento, atribuidas al embarazo	Patologías presentadas en las usuarias del HEM, durante el periodo de estudio (<i>Morbilidad</i>)
VARIABLE DEPENDIENTE. Nivel de accesibilidad en servicios de atención medica, para la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en el municipio de Corinto en relación al funcionamiento del hogar de espera materna.		Mortalidad materna.	Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	Tendencia en mortalidad materna antes y después de la implementación del HEM (<i>Mortalidad</i>)
		Atención de parto.	Final del tercer trimestre. La embarazada se prepara para el alumbramiento, el cual debe ser atendido por personal calificado y en un centro acreditado.	Lugares de atención de parto (<i>Institución / domicilio</i>).
		Satisfacción de usuarias	Nivel de satisfacción que expresa la usuaria en relación a la atención recibida (<i>subgrupo de ex usuarias del HEM</i>)	<i>Nivel de satisfacción:</i> 1) Excelente. 2) Muy bueno. 3) Bueno. 4) Regular. 5) Malo.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS GENERAL.	Toda mujer en estado de embarazo o puérpera que cumple con los criterios de inclusión y alojada en el Hogar de Espera Materna.	Edad gestacional a partir de la semana 28.	Periodo final del embarazo, en el cual se desarrollan las principales complicaciones médicas, que conlleva riesgo de morbilidad materna y perinatal.	- Numero de <i>usuarias</i> alojadas en el HEM a partir de la semana 28 de embarazo.
VARIABLE INDEPENDIENTE. Mujer embarazada o puérpera alojada en el Hogar de Espera Materna, a partir de la semana 28 de gestación hasta la primera semana de puerperio.		Parto.	Periodo en el cual se evacúa el producto el producto. Vía vaginal o abdominal de acuerdo a situaciones específicas.	- Atención de parto. - Referencias.
		Puerperio.	Desde el momento del alumbramiento hasta el día 42 de posparto. La primera semana es considerada de alto riesgo en morbilidad materna y perinatal.	- Numero de usuarias alojadas en el HEM, en la primera semana de <i>puerperio</i> .

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1. <hr/> VARIABLE DEPENDIENTE. Morbi-mortalidad materna y perinatal.	Se considera a toda patología y/o muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento, atribuidas al embarazo.	Mortalidad materna.	Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	Evaluar la tendencia en mortalidad materna en los tres años previos y un año posterior al funcionamiento del HEM. (2007 -2011) (mortalidad)
		Morbilidad materna.	Toda patología ocurrida durante el embarazo.	Registrar la patología obstétrica ocurrida en las usuarias del HEM dentro del periodo de estudio. (morbilidad)

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.</p> <hr/> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE.</p> <p>En relación a la implementación del Hogar de Espera Materna.</p>	<p>Hogar establecido en el municipio de Corinto, para albergar a la mujer embarazada próxima a su fecha de parto o puérpera, que por sus características especiales se encuentra en riesgo de morbilidad materna y perinatal.</p>	- Alojamiento.	Embarazada ingresada en el HEM.	Total de usuarias dentro del estudio. Total de usuarias en el HEM en el mismo periodo.
		- Edad gestacional.	Semanas de embarazo al momento de ser alojada en el HEM.	Agrupar a las usuarias de acuerdo a la semana gestacional en la que fueron alojadas. (amenorrea)
		- Paridad.	Número de partos previos en cada usuaria.	Agrupar a las usuarias de acuerdo al número de embarazos (gravidez).
		- Procedencia.	Zona geográfica de residencia de la usuaria.	Clasificar a las usuarias en relación a su procedencia geográfica y tiempo en horas desde su residencia hasta el HEM. (accesibilidad geográfica)
		- Riesgo social.	Usuarias alojadas en el HEM por presentar alguna condición especial de orden social.	Registrar y agrupar las usuarias cuyo alojamiento es por tener riesgo social. (riesgo social)

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.	Conjunto de acciones sistematizadas a cargo de personal capacitado para atender el momento del parto.	Parto limpio y seguro.	Parto institucional por personal calificado, para garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las aptitudes y el equipo necesarios para realizarlo en forma limpia y segura pudiendo promover los cuidados en el postparto para el binomio madre-hijo.	- Tendencias en la atención de parto institucional.
VARIABLE DEPENDIENTE. Atención de parto en establecimientos del ministerio de salud.		Parto domiciliar.	Parto atendido fuera de las instituciones de salud acreditadas para tal función y por personal no calificado y por lo tanto no disponen de los medios necesarios para dar respuestas a situaciones de emergencia.	- Tendencias en la atención de parto domiciliar.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2. <hr/>		Alojamiento antes del parto.	Usuaris alojadas en el HEM en espera de iniciar trabajo de parto y ser referida en el momento oportuno.	- Total de usuarias en el HEM. - Total de usuarias en el HEM incluidas en el estudio.
VARIABLE INDEPENDIENTE. Puesta en funciones del Hogar de Espera Materna.	Estrategia de salud pública para facilitar atención médica a la mujer embarazada durante el parto, y favorecer la atención de parto limpio y seguro.	Referencia a otro nivel de atención.	Usuaris del HEM referida a nivel de atención de mayor complejidad para atención del parto o manejo de morbilidad o complicación detectada.	- Total de referencias realizadas. - Destino de las referencias (Hospital).
		Atención en el puerperio.	Usuaris alojada en el HEM por circunstancia presentada en la primera semana de post parto.	- Total de usuarias alojadas en el HEM, en la primera semana de post parto.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS ESPECIFICA 3.	Como perciben los trabajadores públicos y población general el aporte del HEM.	Funcionarios del MINSAL trabajando en la localidad.	Sondeo de opinión:	- Población que conoce la estrategia HEM.
VARIABLE DEPENDIENTE.		Funcionarios diversos. (Gubernamentales y no gubernamentales).	- Nivel de satisfacción.	- Población que desconoce la estrategia HEM.
Opinión o percepción de los/as funcionarios y habitantes.		Población general. Habitantes mayores de 18 años.	- Percepción positiva y negativa.	- Opinión positiva respecto a la estrategia HEM.
			- Conocimiento del programa.	- Opinión negativa respecto a la estrategia HEM.
				- Accesibilidad hacia el HEM.
				- Necesidad de extensión del programa.
				- Opinión sobre parto domiciliar.
				- Opinión sobre parto institucional.
				- Beneficios aportados por EL HEM.
				- Como califica de forma global la usuaria y el personal de salud la atención en el HEM.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DIMENSIONES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES.
HIPÓTESIS ESPECIFICA 3.	Programas en salud pública para la atención de la mujer embarazada. En Corinto.	- Alojamiento a la mujer embarazada preparto.	Se evaluará si todos los programas incluidos en la estrategia HEM, aportan beneficios a la población demandante y el nivel de satisfacción de las usuarias, población general y proveedores de salud.	- Conocimiento de la estrategia HEM.
VARIABLE INDEPENDIENTE.		- Alojamiento a la mujer con morbilidad puerperal.		- Nivel de satisfacción de usuarias.
Políticas de intervención en salud preventiva		- Programas educativos y preventivos.		- Opinión de empleados y población.
		- Coordinación con los diferentes niveles de atención de la red de salud pública.		

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

Para la realización de la investigación se procedió a realizar la revisión bibliográfica sobre el tema seleccionado, con el fin de recopilar toda la información pertinente, que permitiera abordar los aspectos necesarios a ser tomados en consideración en el enfoque del programa en estudio.

Mediante la revisión bibliográfica realizada se identificó situaciones de interés para poder formular los objetivos a desarrollar. Y una vez identificadas las variables se determinó todas las posibles alternativas para su abordaje. Bajo este mismo esquema se enfoca el marco teórico estableciendo los indicadores de seguimiento y puntos finales primarios, en cuanto a resultados esperados, producto del cual se derivan el análisis, conclusiones y recomendaciones del proyecto.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio, retro-prospectivo en donde se utilizan datos de referencia en cuanto a mortalidad materna y atención de parto de tres años previos (2007 a 2009) y de un año de funcionamiento del HEM, que abarca desde agosto de 2010 hasta agosto de 2011. El periodo total observado comprende cinco años (2007 a 2011). Además se incluyó la caracterización de las usuarias del HEM en el mismo periodo y sondeo de opinión en población general, trabajadores de salud y usuarias del HEM.

Los puntos claves del estudio (mortalidad materna, atención de parto institucional y parto domiciliario) se analizaron de forma comparativa, estableciendo tendencias en su comportamiento respecto al tiempo desde el año 2007 a agosto de 2011.

- **Descriptivo-analítico:**

Se valoró el efecto que ha generado en la población gestante, la estrategia Hogar de Espera Materna en la localidad respectiva. Se describe y analiza este periodo con relación a las condiciones previas a la implementación de la estrategia, en cuanto a mortalidad materna, parto domiciliario e institucional y nivel de percepción popular.

- **Transversal:**

La investigación se realizó en un periodo determinado de tiempo (agosto de 2010 a agosto de 2011), sin seguimiento posterior (un segmento en el tiempo de su funcionamiento).

Los principales puntos a someter a prueba en la investigación considerados fueron: morbilidad materna, parto domiciliario, parto institucional, vía de atención de parto, complicaciones frecuentes y percepción poblacional del programa.

a. POBLACION:

El estudio consta de dos brazos: en el primero (caracterización de usuarias) se tomó en cuenta a las mujeres embarazadas o puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. En el segundo brazo de la investigación (sondeo de opinión) se

incluyó a población habitante del municipio, que tuvieran mayoría de edad, y empleados de la micro red de salud local. Para la caracterización de usuarias no se aplicó fórmula para establecer la muestra, debido a que se incluyen el cien por ciento de usuarias alojadas dentro del periodo descrito; sin embargo para el sondeo de opinión se requirió utilización de fórmula para el cálculo de la muestra, siendo un total de 215 opiniones entre población y trabajadores de salud.

b. MUESTRA:

Muestra 1: la muestra comprendió al total mujeres embarazadas del Hogar de Espera Materna, la cual ha sido de 214 usuarias que al momento de la admisión se encontraban en una edad gestacional comprendida desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana del puerperio. Estudiando sus características, eventos importantes durante su estancia. Para ello la investigación recurrió a datos estadísticos institucionales. La información obtenida se extrajo de libros de registro y ficha médica de cada usuaria; debido a que el análisis es retrospectivo (214 fichas clínicas de usuarias atendidas en el periodo de estudio, sometidas a análisis descriptivo).

Muestra 2: comprende a los trabajadores de salud de la localidad (32 empleados) y población general mayor de 18 años, de ambos sexos (183) del municipio de Corinto, departamento de Morazán, estudiada a través de un muestreo probabilístico aleatorio para una población no conocida (215 opiniones). Como el estudio se basó en el análisis de la ficha clínica de cada usuaria alojada, no era posible pedir la opinión de ellas

referente a la calidad de la atención recibida. Para ello se incluyó a 61 mujeres que en algún momento del periodo de estudio estuvieron alojadas en el HEM; exclusivamente para que categorizaran el nivel de atención recibida. Estas 61 personas se captaron en la demanda espontánea de atención diaria en la unidad de salud (forman parte de los 214 alojamientos).

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Detallada de la siguiente manera:

n = Tamaño de la muestra

Z = Valor crítico de la confianza de la investigación. Z= 1.76; confianza 93%

q = Probabilidad de no ser incluida en el estudio = 0.5

p = Probabilidad de ser incluida en el estudio = 0.5

E = Error permitido al momento de recolección de datos de la investigación.

$$E= 0.06$$

SUSTITUYENDO FORMULA

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

$$n = \frac{(1.76)^2 (0.5)(0.5)}{(0.06)^2}$$

$$n = \frac{(3.0976) (0.25)}{0.0036}$$

$$n = \frac{0.7744}{0.0036}$$

= 215 (Personas, entre población y trabajadores de salud que conforman la muestra número 2)

4.2 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Muestra 1: se refiere al número de usuarias del HEM incluidas en el estudio (214)

- Mujer embarazada y alojada en el Hogar de Espera Materna, a partir de la semana 28 de gestación.
- Mujer alojada en el HEM en cualquier momento de la primera semana del puerperio.
- Mujer embarazada o puérpera alojada en la casa de espera materna dentro del periodo de estudio, independientemente de su procedencia.

Muestra 2: se refiere a la población masculina o femenina mayor de 18 años, en donde se realizó el sondeo de opinión (183), y empleados de salud de la microrred de salud.

(32)

- Hombre o mujer mayor de 18 años de edad que habitante o trabajador de salud dentro de la localidad y que estuvo de acuerdo a participar en el estudio.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Muestra 1:

- Mujer embarazada que al momento del alojamiento su edad gestacional era menor de 28 semanas.
- Mujer puérpera alojada después de la primera semana de post parto.
- Toda mujer embarazada o puérpera que su alojamiento en el HEM estuviera comprendido fuera del periodo de estudio.
- Todos los casos que para fines prácticos y científicos no existía la información suficiente que garantizara su análisis objetivo.
- Mujeres que habían sido hospedadas en Hogar de Espera Materna para trasladarse el día siguiente por ambulancia para algún tipo de estudios a Hospital de Segundo Nivel.

Muestra 2:

- Hombre o mujer menor de 18 años de edad.
- Hombre o mujer que no habite o trabaje dentro de la localidad.
- Persona habitante o trabajador de la zona de estudio que no quiera colaborar al sondeo de opinión.

4.3 TIPO DE MUESTREO:

- Para el caso de las mujeres embarazadas el tipo de muestreo es no probabilístico, intencional, ya que la muestra se conformó por el número total de usuarias dentro del periodo de estudio que cumplían los criterios de inclusión las cuales fueron un total de 214 usuarias.
- Para el caso del sondeo de la opinión pública el tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple, ya que la muestra fue tomada de las y los funcionarios de instituciones públicas locales, y población mayor de 18 años de la zona sujeta a estudio siendo un total de 215 personas entre población general y trabajadores de salud.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó por medio de técnica documental y de trabajo de campo.

Técnica documental:

Revisión de literatura relacionada, documentales, diccionarios, estadísticas sanitarias nacionales e internacionales; así también libros y fichas de registro de atenciones en el HEM.

Técnica de trabajo de campo:

Desplazamiento hasta el Hogar de Espera Materna de Corinto para la aplicación de la encuestas al personal de salud y a la población general mayor de 18 años de edad y entre ella, personalidades que por sus funciones de orden social, aporten su valoración acerca del programa en análisis (HEM).

4.5 INSTRUMENTOS.

Una cédula entrevista con preguntas abiertas y cerradas a la población mayor de 18 años residentes en el municipio (ver anexo 1). Un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para los trabajadores de salud en cuanto a los aportes y debilidades del HEM, en Corinto, Morazán (ver anexo 2), ficha de captación de casos de usuarias durante el periodo de estudio (ver anexo 3), formulario de captación de parto institucional y domiciliar (ver anexo 4).

4.6 PROCEDIMIENTO.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en tres fases de acuerdo al cronograma de actividades.

4.6.1 Planificación:

Consistió en la fase de planificación, para ello se elabora un perfil de investigación, posteriormente se elaboró protocolo de investigación en el cual de acuerdo a su diseño metodológico se realizó el trabajo de campo basado en la bibliografía existente.

4.6.2 Ejecución:

La investigación se ejecutó de la siguiente forma: entrevista dirigida mediante cedula de preguntas a población, empleados y una muestra de ex usuarias del HEM, revisión de registros de fichas de usuarias, informes de morbimortalidad y natalidad.

Dicha fase del trabajo de campo se orientó de acuerdo al diseño metodológico. Donde se obtiene toda la información escrita y de opinión sobre el tema en estudio, con posterior análisis e interpretación.

4.6.2.1 Validación del instrumento:

Se elaboró una guía de preguntas (una cedula de entrevista y dos formularios de cuestionarios), la cual contiene los puntos referentes de investigación, seleccionando a usuarias, personal médico y paramédico y población al azar mayor de 18 años aplicándoseles los instrumentos los cuales fueron comprendidos, sin necesidad de alguna modificación. De los cuales se obtuvieron resultados satisfactorios a las interrogantes formuladas. En algunos casos hubo necesidad de explicación adicional por el

encuestador, para facilitar la comprensión de la persona encuestada. La prueba piloto desarrollada consistió en pasar 15 encuestas de los respectivos instrumentos para determinar su validez y confiabilidad en cuanto a la información requerida.

4.6.2.2 Recolección de datos.

La referencia histórica de este programa se tomó de los diferentes artículos, revistas del ministerio de salud y organizaciones afines.

Los datos estadísticos que incluyen las diversas variables se extraen del sistema de registro que posee el ministerio de salud a través de los SIBASI, regiones de salud, Hogar de Espera Materna, Unidad de Salud local, datos de natalidad y mortalidad en alcaldía de la localidad.

La opinión pública y de trabajadores de salud y usuarias se captó por medio de cedula de entrevista, con preguntas abiertas y cerradas.

4.6.3 Plan de análisis:

La tabulación de datos se realizó dando respuesta a los objetivos y se utilizó el programa SPSS versión 15 con el cual se elaboró una base de datos para facilitar el manejo de los mismos, que permitiera la construcción de cuadros resumen y gráficos así como porcentajes y frecuencias de acuerdo a la variable específica estudiada.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La realización de la investigación requería información institucional y personalizada que en algunos casos puede considerarse confidencial; por lo tanto se obtuvo un permiso institucional para realizar el estudio (ver anexo 5), así también en aquellos casos que requerían datos confidenciales de tipo personal para biografía de historia de éxito (ver anexo 8) y encuesta personal (ver anexo 6 y 7).

5. RESULTADOS.

Para una mejor comprensión de los resultados arrojados por la investigación, este trabajo se ha estructurado en cinco apartados, cada uno de ellos en relación a los objetivos planteados e hipótesis a comprobar.

- OPINIÓN DE LA POBLACIÓN.

En el primero se presentan los resultados de la opinión generada por la población masculina y femenina mayor de 18 años de edad, habitante en la zona de desarrollo del estudio. La información recogida fue en relación al nivel de conocimiento de la población sobre la estrategia HEM, beneficios o aportes de esta para la mujer embarazada en las zonas de riesgo (183 participantes).

- OPINIÓN DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS (MICRO RED DE SALUD CORINTO).

La entrevista fue dirigida a los empleados públicos de la microred de salud de Corinto (unidad de salud, casa de espera materna y equipos de salud comunitaria). A los entrevistados se les pidió opinión sobre los aportes que a su criterio ha brindado el HEM a la mujer embarazada en la zona. El estudio no contempla la opinión de empleados fuera del área de salud debido al propósito final de la investigación (32 participantes).

- **MORTALIDAD MATERNA.**

En este apartado se presenta una reseña histórica de la mortalidad materna en la zona oriental de El Salvador y específicamente en el departamento de Morazán y Corinto. Se recogen datos estadísticos de 3 años previos a la implementación de la estrategia HEM y los datos que corresponden al periodo de funcionamiento del HEM en el municipio de Corinto.

- **ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR.**

Se presentan los resultados sobre atención de parto de tipo institucional y domiciliar durante los 3 años previos a la implementación del HEM y del periodo de funcionamiento del HEM en el municipio de Corinto.

- **USUARIAS DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA DE CORINTO.**

Se presenta una caracterización de las usuarias alojadas en el HEM, durante el periodo de estudio (revisión de registros en la casa de espera materna), y además se incluye una muestra de opinión de usuarias que fueron alojadas en el HEM, en referencia a la calidad de atención recibida (214 usuarias).

5.1 OPINIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS REFERENTE AL HOGAR DE ESPERA MATERNA.

La población incluida en la investigación son hombres y mujeres mayores de 18 años de edad que habitan en la zona de desarrollo del estudio. (Población incluida 183).

Tabla 1. Distribución de la población según la edad.

Edad. (años)	Frecuencia.	Porcentaje (%)
18 a 20	30	16
21 a 35	90	49
36 a 50	45	25
≥ 51	18	10
TOTAL	183	100%

Fuente. Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

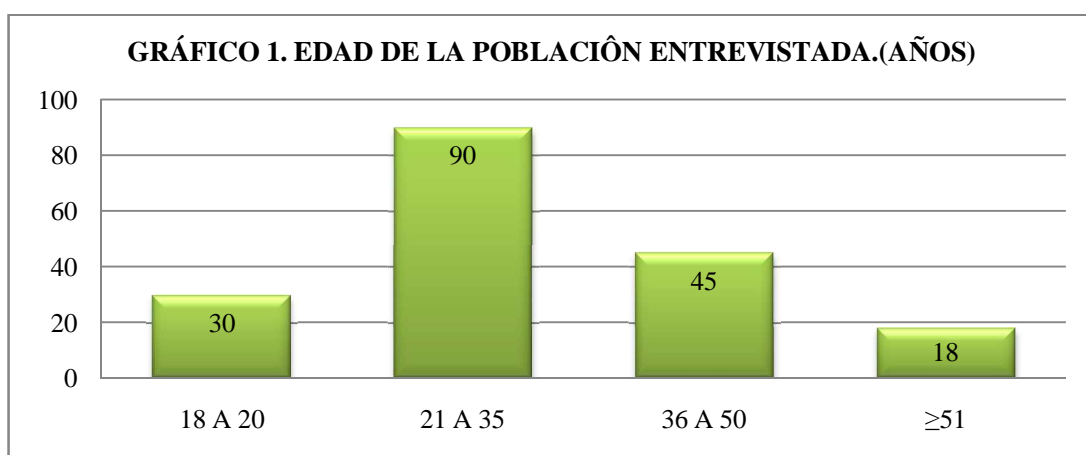
ANÁLISIS.

La edad de la población está comprendida de la siguiente forma: el 49% (90) está dentro de un rango de 21 a 35 años, el 25% (45) entre 36 a 50 años, el 16 % (30) tiene entre 18 y 20 años y solamente el 10% de la población (18) sobrepasan los 51 años de edad.

INTERPRETACIÓN.

Del total de personas incluidas, la mayoría se encuentra en un rango menor a los 35 años. Importante de mencionar que la opinión de la población joven tiene

trascendencia, puesto que este grupo es potencialmente candidato a necesitar de los servicios del HEM. Un porcentaje considerable de los participantes en la investigación, tiene más de 35 años y aportan la experiencia acumulada de los eventos históricos en la localidad; y sobretodo son los que la mayoría de veces toman las decisiones para hacer uso o no de los servicios disponibles en el HEM.



Fuente: cedula de entrevista a la población en estudio.

Tabla 2. Procedencia geográfica de la población entrevistada en el estudio.

Lugar de procedencia	frecuencia	Porcentaje (%)
Zona Urbana.	50	27.3
Zona Rural		
Cantón Corralito.	55	30.05
Cantón Hondable.	31	16.93
Cantón la Laguna.	24	13.11
Cantón San Felipe.	15	8.29
Cantón Varia Negra.	8	4.37
TOTAL.	183	100 %

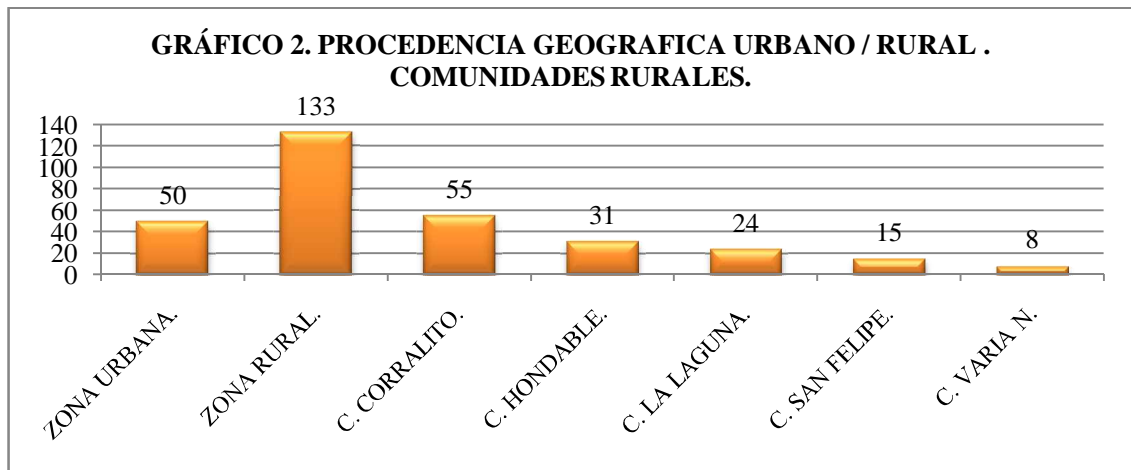
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

De las 183 personas incluidas en el estudio el 27% (50) habitan en la zona urbana y el resto en las diferentes comunidades rurales del municipio: 30% (55) cantón Corralito, 17% (31) cantón Hondable, 13% (24) cantón la Laguna, 8% (15) cantón San Felipe y 5% (8) cantón varia negra.

INTERPRETACIÓN.

Los HEM orientan sus políticas hacia la población que por sus características específicas son poseedoras de cierto grado de inaccesibilidad de cualquier naturaleza para disponer de servicios de atención médica. Por lo tanto es relevante que la mayoría de los participantes proceda de las zonas rurales del municipio. El área rural está dividida en cinco cantones, de ellos los más distantes y extensos son Corralito, Hondable y la Laguna, conjuntamente acaparan la mayoría de población rural. Como se verá en otros apartados los casos de mortalidad y atención de parto domiciliario proceden de estas comunidades, y por ello el enfoque de la investigación se orientó hacia las zonas rurales, teniendo en consideración que en estas habita la población objetivo de los programas en atención primaria, y en este caso también es el objetivo de la estrategia Hogares de Espera Materna.



Fuente. Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Tabla 3. Distribución de la población entrevistada de acuerdo al género.

Género.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
Femenino.	163	89
Masculino.	20	11
TOTAL.	183	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

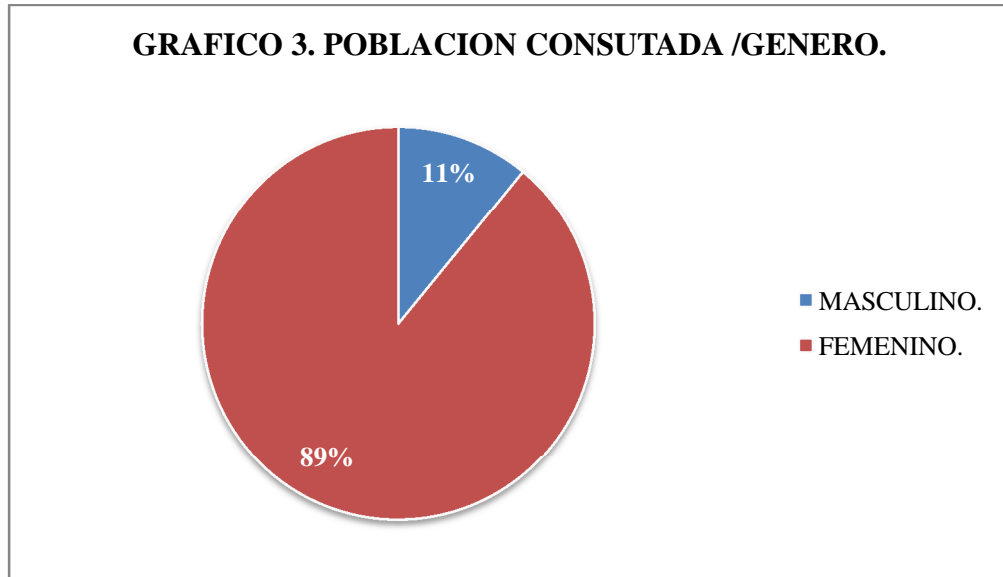
ANÁLISIS.

La población consultada constituyó 183 personas, de estas la representación femenina de 89% (163 personas) y masculina fue de 11% (20 personas).

INTERPRETACIÓN.

En la investigación de índole consultiva se le dio prioridad a la mujer, teniendo en consideración que este tipo de programas está destinado a la mujer embarazada y por

ello el la mayoría de las entrevista son personas de género femenino, que en determinado momento pueden necesitar los servicios del HEM.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Tabla 4. Clasificación de la población consultada en relación a la religión que profesa.

Religión.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
Católica.	137	75
Evangélica.	28	15
Apóstoles y profetas.	3	2
Asambleas de Dios.	1	0.5
Ninguna.	14	8
TOTAL.	183	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

El 90% de la población consultada tienen prácticas religiosas católicas o evangélicas y el 10% otras religiones.

INTERPRETACIÓN.

El tipo de religión que profese cada uno de los consultados no tiene incidencia directa en el éxito o fracaso de los programas de salud; sin embargo tienen relevancia en asociación con factores culturales que están fuertemente arraigados en la población salvadoreña. Los enlaces entre sistema de salud y líderes religiosos, sería una herramienta útil para promocionar el HEM.

Tabla 5. Estado familiar de la población consultada.

Estado familiar	Frecuencia.	Porcentaje (%)
Soltero (a)	58	32
Casado (a)	44	24
Acompañado (a)	76	41
Viudo (a)	2	1
Divorciado (a)	3	2
TOTAL.	183	100%

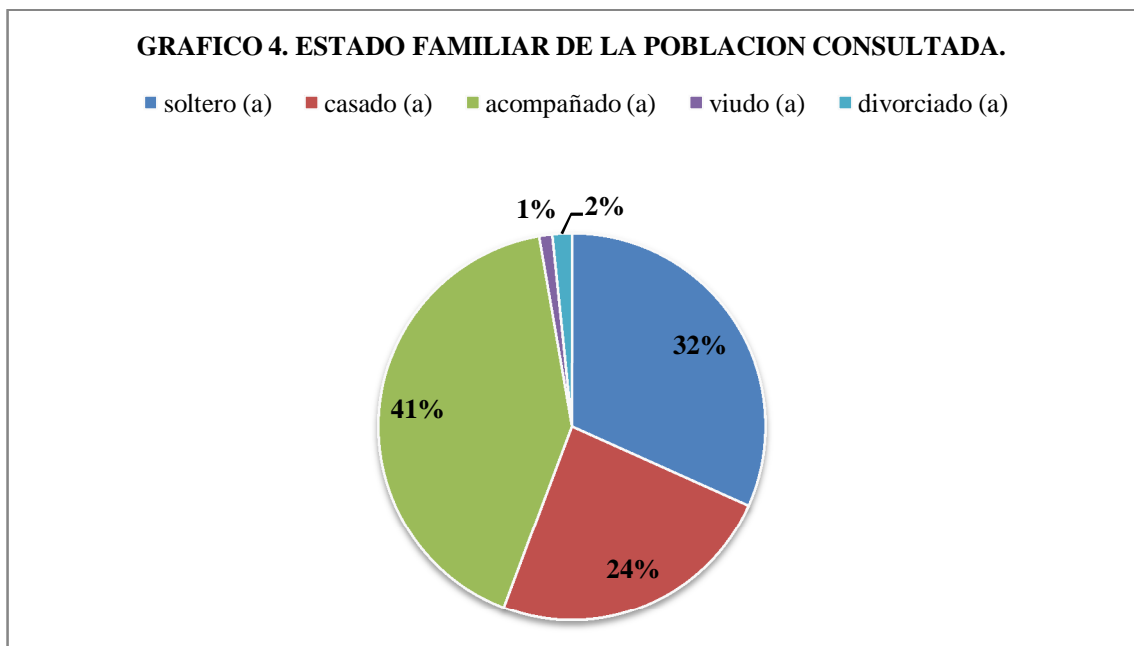
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

El 32% (58) está soltero (a), el 24% (44) casado, el 41% (76) acompañado, el 1% (2) viudo y el 2% (3) divorciados. La población casada o acompañada conjuntamente forma el 65% del total de la muestra.

INTERPRETACIÓN.

Es importante que el 65% de los participantes se encuentren casados o acompañados, por el hecho de que es este grupo es el que necesitará en determinado momento, los servicios que brinda el HEM. De igual forma el resto de la población misma o sus familias decidirán si hacer uso o no del programa.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Tabla 6. Nivel de escolaridad de la población entrevistada.

Nivel. (grados)	Frecuencia.	Porcentaje (%)
1° - 3°	38	21
4° - 6°	32	17
7° - 9°	31	17
Bachillerato.	25	14
Educación superior.	4	2
Ninguna.	53	29
TOTAL.	183	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

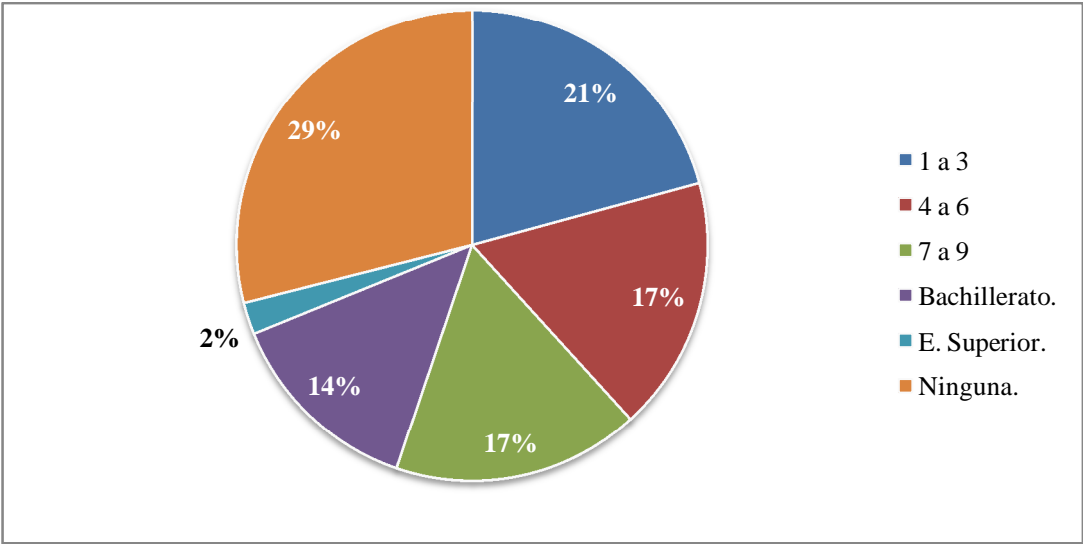
Se clasificó a la población de acuerdo al nivel de escolaridad, estableciendo categorías de 1 a 3 grado, 4 a 6 grado, 7 a 9 grado, bachillerato y educación superior. En relación al nivel de estudio de la población consultada las primeras 3 categorías (equivalente a educación básica) en su conjunto ocupan el 55% de los consultados, solamente 14% tiene educación media, un 2 % tiene un nivel de educación superior, y un 29% de analfabetismo.

INTERPRETACIÓN.

El nivel educativo en la población es de trascendental importancia, considerando que el nivel de educación recibida puede ser proporcional a la capacidad de tomar decisiones oportunas y apropiadas. El analfabetismo es alto y es un factor importante y pieza clave en desarrollo Humano. Relevante en el contexto familiar; pues la mayoría de

hogares Salvadoreños se ven afectados por la desigualdad de género. Esto pone en desventaja a la mujer en cuanto a decisiones importantes en relación a la salud reproductiva. El nivel educativo en las comunidades del territorio en estudio y en la mayoría del país es muy bajo, esto es directamente proporcional con el nivel de desarrollo social, económico y cultural; por lo tanto las costumbres o prácticas empíricas sobre procedimientos médicos continúan prevaleciendo y poniendo en riesgo la vida de las madres y sus hijos y secuelas en todo el grupo familiar.

Grafico 5. Nivel de escolaridad de la población consultada.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Tabla 7.¿Ha escuchado usted sobre las casas de espera materna?: SI o NO. ¿En caso de sí, que sabe?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	109	60
NO	74	40
TOTAL.	183	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

El 60% (109) de la población consultada tiene cierta referencia de la existencia del HEM; sin embargo el 40% (74) desconoce su existencia.

INTERPRETACIÓN.

La población consultada ha escuchado de la existencia de estos centros y sus programas, debido a que es de esta forma que podrán hacer uso adecuado de los mismos; sin embargo una cantidad importante desconoce la existencia del HEM, esto denota poca promoción de sus servicios por la autoridad competente y por lo tanto los programas son eficaces pero su eficiencia puede ser cuestionada. La promoción de la oferta de servicios debe ser mejorada.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Tabla 8. ¿En caso de sí, que sabe?

	Opiniones	Frecuencia.	Porcentaje (%)
1	Casa para antes del parto.	45	41
2	Es para mujeres embarazadas de escasos recursos.	17	15
3	Sirve para llevar embarazadas al hospital.	16	15
4	Protegen a los niños.	15	14
5	Escucharon por radio que es para embarazadas.	5	4
6	Para tener más controlada a la mujer embarazada.	4	4
7	Lugar solo para pacientes embarazadas.	3	3
8	Lugar para atender partos.	2	2
9	Apoyo para embarazada de alto riesgo.	1	1
10	Fue alojada en el HEM.	1	1
	TOTAL.	109	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

La población manifiesta que tiene conocimiento de la existencia del HEM en la localidad. 109 personas consultadas respondieron afirmativo al tema correspondiendo al 60% del total de participantes. Así mismo el 40% responde desconocer el tema. A la población conocedora del HEM se le realizó el resto del cuestionario y con la población que lo desconoce solamente las interrogantes que no tienen relación directa con el HEM. La opinión con mayor representación es la que asocia al HEM con la atención antes del parto (41%), y en conjunto el 44% da una asociación con escasos recursos, hospitalización y centro de atención de niños. El resto de población da otras versiones que siempre tienen relación al objetivo del HEM.

INTERPRETACIÓN.

La población que tiene algún tipo de información respecto al HEM, expresó abiertamente las referencias que tiene del programa en evaluación. Se realizó una síntesis de todas las respuestas obtenidas, estableciendo las 10 más frecuentes. La mayoría de población consultada emite su conocimiento en relación a un programa que está dirigido a la mujer embarazada. Destacando que ayuda a la mujer embarazada para la atención antes del parto; así también a niños y para canalizar traslados de pacientes hacia hospitales en el momento que sea necesario. Otro grupo de población incluso manifiesta que ha recibido información en radiodifusión local sobre la casa de espera materna. Y una participante fue alojada en el HEM. En conclusión de una u otra forma la población tiene una idea clara sobre el funcionamiento de este programa.

Tabla 9. ¿Considera usted, que este tipo de programas trae beneficios a la población? Y ¿por qué?

Opinión	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI.	109	100
NO.	00	0
TOTAL.	109	100

Fuente. Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

La interrogante explora en la población los beneficios que a su criterio el HEM brinda a la mujer embarazada. El 100% de consultados que saben de la existencia del programa, opinan que si aporta beneficios a la salud de la gestante. De todas las opiniones vertidas (109) el 100% observa que produce beneficios a la población.

INTERPRETACIÓN.

Toda la población consultada que respondió conocer la existencia del HEM, también le atribuye beneficios en la atención de la mujer embarazada. Este aspecto es fundamental para continuar con políticas de promoción de los servicios. De esta forma más personas harán uso de la atención que se proporciona.

Tabla 10. Beneficios aportados por el hogar de espera materna según la población encuestada.

	Opiniones	Frecuencia	Porcentaje %
1	Centro para embarazadas que viven lejos.	29	26
2	Cuidan de las mujeres embarazadas.	24	22
3	Benefician a pacientes de escasos recursos.	21	19
4	Trae beneficios para ambos.	14	13
5	Disminuye la mortalidad materna e infantil.	11	10
6	Porque hay muchas enfermedades en el embarazo.	3	3
7	Ayudan a la mujer embarazada.	2	2
8	Del HEM las llevan a Hospital.	2	2
9	Porque puede haber riesgo.	1	2
10	Se evitan complicaciones.	1	1
	TOTAL.	109	100

Fuente. Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

Las 109 opiniones vertidas por los consultados se agruparon en las 10 más frecuentes, predominando las ideas de centro que brindan atención, cuidados y ayuda a la mujer embarazada de escasos recursos. El 67 % (74) conjuntamente consensan los beneficios en cuidados para la mujer embarazada de escasos recursos y de lejana procedencia.

INTERPRETACIÓN.

Las opiniones se centran entre el apoyo a la embarazada, los bajos recursos económicos y la distancia entre la población y los centros proveedores de atención

médica. Importante de crear estrategias que puedan extrapolar estas ideas al resto de la población para que estos también sean beneficiados en el momento que se requiera.

Tabla 11. ¿Le es difícil a usted o a su familia llegar desde su casa hasta un centro de salud? En caso de si ¿Qué tanto?

Opinión.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI.	80	44
NO.	103	56
TOTAL	183	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

El 44% (80) de los consultados refieren tener algún grado de dificultad para acesar a los centros de atención medica, mientras el 56% (103) no tienen problemas de accesibilidad.

INTERPRETACIÓN.

Considerando que uno de los objetivos de los programas HEM, es romper la barrera de la inaccesibilidad hacia los servicios de atención médica se les preguntó a los participantes, si les es difícil o no llegar al centro de salud. En caso de sí, que tanta dificultad tenían. Un porcentaje de población de origen rural estableció una asociación con la distancia y desplazamiento a pie, debido a que no hay sistema de transporte entre

las comunidades y la ciudad. La población que contestó no tener problemas vive en la ciudad, cerca de la ciudad, tiene vehículo, o accesibilidad a transporte público.

Tabla 12. Tiempo que tarda para llegar hasta el centro de salud.

Tiempo.	Frecuencia	Porcentaje %
30 minutos.	10	12
1 hora	22	28
1 hora, 30 minutos.	25	31
2 horas.	21	26
2 horas, 30 minutos.	0	0
3 – 4 horas.	2	3
TOTAL	80	100%

Fuente. Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

De las 80 personas que contestaron que sí les es difícil llegar desde su casa a un centro de salud, el 31% contestaron que se tardan 1 hora, 30 minutos; el 28% tardan 1 hora; el 26% tardan 2 horas; el 12% tardan 30 minutos; el 3% se tarda 3-4 horas. Las distancias varían desde unos minutos (30 minutos) hasta horas (2 – 4 horas). Una hora y media es la de mayor frecuencia y algunas personas se expone a 3-4 horas de caminata.

INTERPRETACIÓN.

La distancia entre los hogares de las familias rurales del municipio de Corinto y el centro de atención más cercano (Unidad de Salud) medida en tiempo transcurrido

desplazándose a pie, se consideró la mejor forma de expresar el nivel de accesibilidad. Esto porque es el mecanismo más utilizado por los pobladores para acceder a las instituciones. No es extraño que un alto porcentaje de población consultada tenga difícil la accesibilidad desde las comunidades de origen hasta la unidad de salud. Para el caso en esta investigación el 44% (80 personas) tiene difícil acceso hacia la atención médica especializada, por ello el objetivo es acercar la atención al paciente y con ello disminuir las tendencias de los principales problemas que se presentan durante el embarazo. Una hora y 30 minutos caminando es extenuante para cualquier persona. Más dificultoso será para una persona de edad avanzada o con morbilidad. Para una mujer embarazada además de ser dificultoso, recorrer una distancia de estas es un riesgo y un maltrato hacia sus derechos. Se pone en juego la vida de la madre y su hijo. Estas son unas de muchas razones de por qué la mujer se queda a parir en casa.

Tabla 13. ¿Considera usted necesario, que haya más Hogares de Espera Materna?

En caso de si ò no ¿Por qué?

Opinión	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI	82	75
NO	27	25
TOTAL	109	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

A las 109 personas que tienen referencias del HEM, se les consultó si consideran necesario que se implementen otros HEM en el municipio similar el existente. Estos en un 75% opinan que es necesario, y un 25% opinó lo contrario.

INTERPRETACIÓN.

Es completamente comprensible que la mayoría de opiniones consideren favorable la implementación de otro o varios Hogares de Espera Materna en la localidad. Esto solo refleja la necesidad y el deseo de la población de tener cerca y disponibles los centros de atención medica. Las opiniones de implementar o no otro HEM son diversas y se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 14. Razones por las que se debe implementar otro hogar de espera materna en la Zona.

	Opiniones.	Frecuencia.	porcentaje %
1	Es ayuda para uno.	30	37
2	Debe haber uno en cada cantón.	20	24
3	No hay transporte para irse al hospital.	16	20
4	La población es grande.	15	18
5	Disminuye la mortalidad.	1	1
	TOTAL	82	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

La población que considera oportuno la implementación de más HEM (82) se basó en lo siguiente: 37% (30) es ayuda para la población, 24% (20) deben existir en cada comunidad, 20% (16) porque no hay transporte público, 18% (15) por ser una población grande y 1% (1) debido a que disminuye la mortalidad.

INTERPRETACIÓN.

La mayoría de la población consultada basa su argumento en la inaccesibilidad en cuanto a la extensión del territorio, los beneficios, y sistema de transporte deficiente. Toda la población que consideró que no es necesario aperturar otros HEM, se basó en que un HEM es suficiente para la demanda de atención.

Las razones para que el 25% (27) personas no consideren necesario la apertura de mas HEM se sustenta en que uno es suficiente para dar cobertura a toda la población y solo basta mejorar la coordinación entre las comunidades y el HEM.

Tabla 15. Modelo de de atención de parto que prefiere la población consultada.

Tipo de parto.	Frecuencia	Porcentaje %
Institucional.	152	84
Domiciliar.	31	16
Total.	183	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Del total de participantes en la entrevista el 84 % (152) prefiere la atención de parto limpio y seguro, es decir el parto atendido en instituciones de salud por personal capacitado. De igual forma el 16 % (31) de la población entrevistada continua inclinándose por la atención de parto en casa.

INTERPRETACIÓN:

En temas de opinión pública, obtener la mayoría de aceptación es grato para los interesados. En pleno siglo XXI y tratándose de programas cuyas estándares de calidad se miden con indicadores específicos y de mucha relevancia social y familiar, como mortalidad de la madre o su hijo el margen de error no es permitido. Es en estos pequeños sectores donde se alinean todas las deficiencias y errores que culminan en fatalidad de una situación completamente prevenible.

Tabla 16. Razonamiento de la población que prefiere parto institucional

	Opinión.	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Está bien porque es el mejor.	80	53
2	Es seguro.	43	28
3	Es más fácil.	14	9
4	Excelente.	11	7
5	Lo atienden bien.	4	3
	TOTAL	152	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

152 (84%) opta por el parto institucional y 31 (16%) por parto domiciliario. Las 152 (84%) personas que prefieren parto institucional emitieron su razonamiento del porque están a favor de la atención de parto seguro: Las opiniones captadas se inclinan por que es mejor (53%), es seguro (28%), es fácil (9%), excelente (7%), lo atienden bien (3%).

INTERPRETACIÓN:

Se considera rescatable el hecho de que la mayoría está a favor de la atención de parto limpio y seguro. Las opiniones vertidas están orientadas a una mejor opción de atención en cuanto a seguridad en el proceso de atención; sin embargo la existencia de un porcentaje importante de población que sigue arraigado a las prácticas ancestrales, debe ser preocupante para las autoridades en competencia y digno de generar políticas y estrategias de intervención.

Tabla 17. Razonamiento de la población que prefiere parto domiciliario

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Es bueno.	25	81
2	Mucho lastiman en el hospital	2	2
3	Hay parteras que ayudan.	2	2
4	Porque no da tiempo.	1	1
5	Yo todos los tuve en casa.	1	1
	TOTAL.	31	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Las personas que se inclinan por la práctica domiciliar fueron 31 (16%). De ellos 25 opiniones (81%) están basadas en que esta práctica es buena, 2 (7%) han tenido incidentes hospitalarios desagradables, 2 (6%) consideran a las parteras como alternativa viable, 1 (3%) porque no hay tiempo para llegar a un centro de atención y 1 (·%) por tradición de tener a los hijos en casa.

INTERPRETACIÓN:

Si se observa que solo el 16% de población está decidida a que sus hijos sean atendidos en casa, este dato es alentador; sin embargo en salud este indicador debe ser alarmante debido a que toda muerte materna y perinatal es completamente prevenible y de estos pequeños grupos se proceden las tragedias en morbilidad y/o muerte y son los grupos responsables de ensanchar las estadísticas en eventos adversos en El Salvador. Es de darle mucho más importancia a los grupos de resistencia al cambio. Al pensamiento arcaico, que no permite vislumbrar nuevos horizontes, influenciados por el analfabetismo, machismo y la irresponsabilidad del ser humano con su propia Salud. La persona continua con el pensamiento tradicional del conformismo y el atenuamiento. La tabla anterior registra que el 16% pretende parir a sus hijos en su propia casa.

Tabla 18. ¿Si fuese necesario, que usted o un familiar ya sea su esposa (en caso de hombre) permaneciera alojada en el Hogar de Espera Materna.

Respuesta.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI	103	94
NO	6	6
TOTAL.	109	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Fueron 109 personas las que tenían algún tipo de referencia sobre el HEM en el municipio de Corinto. A estas personas se les pregunto sobre su disponibilidad a permitir su alojamiento en el HEM si fuera necesario (mujeres en edad reproductiva) o que un familiar (todos los entrevistados) reciba los servicios que brinda el HEM. De ellos el 94% (103) están a favor de utilizar el programa en caso de ser requerido; no así el 6% de los participantes se muestran renuentes a utilizar el programa.

INTERPRETACIÓN:

Igual que en la opinión anterior la mayoría están a favor de apoyar a sus familiares, para ser beneficiados con las políticas y programas de salud preventiva. En este contexto casi la totalidad es de aceptación, sin embargo el pequeño porcentaje que se inclina por el domiciliar, extrapolado en riesgo obstétrico es suficiente para ensanchar las cifras nacionales de la morbilidad materna y neonatal.

Tabla 19. Razonamiento del porqué la población dice estar de acuerdo con permanecer alojado en el HEM.

	Opinión.	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Mejor atención.	31	30
2	Por el bien de la familia.	23	22
3	Seguridad.	13	12
4	Porque vive lejos.	10	10
5	En casa es peligroso.	8	8
6	Porque es necesario.	5	5
7	Porque lo refieren al Hospital.	4	4
8	Descanso y alimentación.	4	4
9	Menos riesgo.	2	2
10	Otras.	3	3
	TOTAL.	103	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Se recogieron diversas opiniones de todos los consultados, en síntesis se agruparon en 10 categorías. Las opiniones con mayor frecuencia son: mejor atención (30%), por el bien de la familia (22%), por seguridad (12%) y por la distancia existente para llegar a los Hospitales (10%). Otras opiniones vertidas (Por el bien del niño, Lo cuidan mejor que en su propia casa, es mejor) tienen menor frecuencia como se muestra en la tabla y opiniones aisladas o individuales no se mencionan por su minoría o redundan con las otras.

INTERPRETACIÓN:

La población consultada, emite opinión con relación a los motivos para hacer uso del HEM: Todas las opiniones se conjugan y forman un contexto sobre la seguridad de la madre y sus hijos.

Solamente 6 consultados no están de acuerdo con el alojamiento de familiares, el motivo expresado por todos son los días prolongados de estancia. Este dato tiene gran importancia y resalta cierta irresponsabilidad de la sociedad Salvadoreña. Y es en estos pequeños grupos donde se centra la morbilidad materna y perinatal.

Tabla 20. ¿Alguien de su familia o conocido ha hecho uso de los HEM? En caso de sí. ¿Quién?

Respuesta.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI	47	43
NO	62	57
TOTAL.	109	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Se trató de sondear el nexo que ha tenido el HEM con ciertas personas consultadas, para ello se les interrogó a cerca de parientes o conocidos que han sido beneficiados por este programa. Destacando que el 43% (47) de la población conocedora

del HEM se ha beneficiado directa o indirectamente por esta estrategia; mientras que el 57% (62) no tiene nexo con familiares o conocidos que han sido albergados en el HEM.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población participante no ha tenido ningún contacto con los servicios proporcionados por el HEM es muy importante para los coordinadores de programas y políticas en atención primaria. El éxito de esta iniciativa no está determinado por la cantidad de personas que ya hicieron uso de esta institución; sino porque toda la población conozca la estrategia, sus políticas, sus programas, sus aportes y que tengan claro como acceder a ella en el momento oportuno y con ello anteponerse a la adversidad de la inaccesibilidad, morbilidad y mortalidad.

Tabla 21. Parentesco de las personas alojadas en el HEM con los consultados

Parentesco.	Frecuencia	Porcentaje %
Amiga.	19	40
Ella misma.	9	19
Sobrina.	6	13
Prima.	5	11
Cuñada.	5	11
Nuera.	3	6
TOTAL	47	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

El objetivo fundamental de la pregunta pretende sondear en la población el nivel de difusión que ha tenido el HEM entre los habitantes del municipio, extrapolando este dato como el impacto de sus programas en la población general. El 40% (19) ha tenido amigas alojadas en el HEM, 19% (9) la propia persona entrevistada, y el resto tienen otros parientes.

INTERPRETACIÓN:

Con esta interrogante no se pretendió medir el éxito de este programa; sin embargo resulta muy relevante que gran parte de la población haya tenido una amiga, familiar o conocido dentro de las usuarias del HEM, porque ello denota la promoción de los servicios. Esta información se traduce en que existe impacto en usuarias y población general que en su momento podrán beneficiarse de la estrategia en estudio.

Los objetivos de la iniciativa maternidad segura, implementando políticas de acercamiento en las comunidades, en países de pobreza extrema, con los centros de atención se traducen en resultados como los expuestos en esta investigación. El acercamiento de los servicios hacia quienes los demandan debe ser la prioridad en salud preventiva.

5.2 OPINIÓN DE LOS EMPLEADOS DE SALUD QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE CORINTO, SOBRE LOS HOGARES DE ESPEREA MATERNA; EN RELACIÓN A SU FUNCIONAMIENTO

Tabla 22. Edad de los empleados de salud incluidos en el estudio.

Edad. (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 25	6	19
26 a 35	17	53
36 a 45	7	22
46 a 55	0	-
56 a 65	2	6
TOTAL.	32	100%

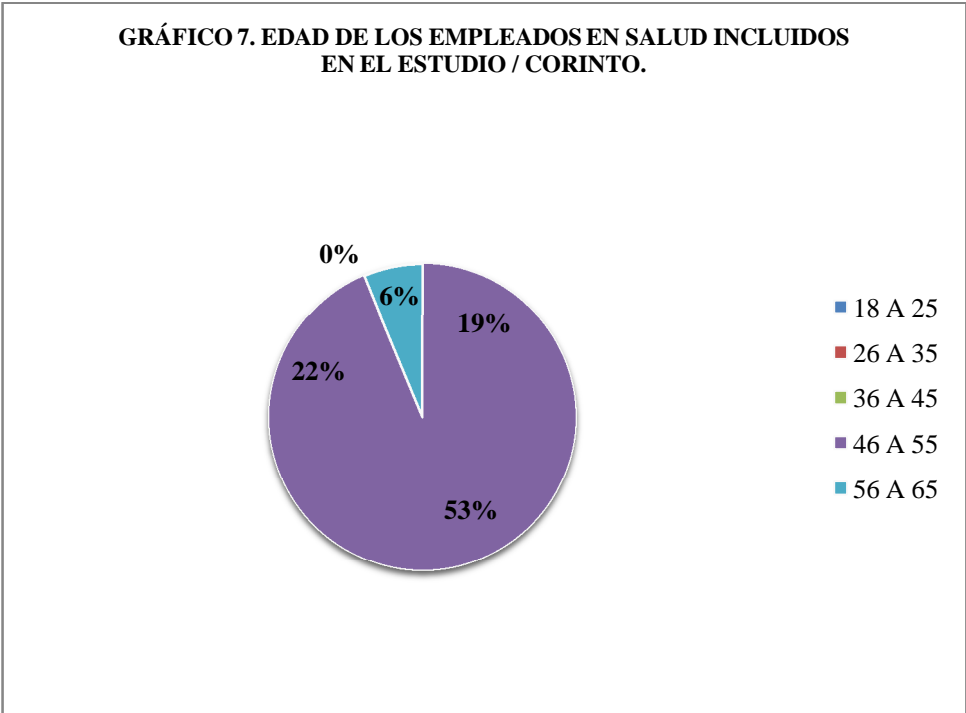
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Las edades de los empleados que desempeñan funciones diversas dentro de la microrred de salud pública fueron clasificadas en rangos de edad, obteniendo los siguientes resultados: 18 a 25 años 6 empleados, 26 a 35 años 17 empleados, 36 a 45 años 7 empleados, ningún empleado se encuentra en el rango de 46 a 55 años, y 56 a 65 años 2 empleados. En total los empleados incluidos en el estudio fueron 32 (ver gráfico 7).

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de trabajadores de salud son personal joven, que se encuentran debajo de los 45 años. Esta característica permitiría que el mismo equipo de trabajo se encargue del fortalecimiento a largo plazo de las políticas de intervención.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

Tabla 23. Profesión desempeñada por los empleados de la microrred

	Profesión.	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Enfermera.	9	28
2	Medico general.	6	19
3	Promotor de salud.	6	19
4	Polivalente.	3	10
5	Médico en año social.	2	6
6	Motorista.	1	3
7	Psicólogo.	1	3
8	Licda. Salud materno- infantil.	1	3
9	Ginecóloga.	1	3
10	Fisioterapista.	1	3
11	Laboratorista.	1	3
	TOTAL.	32	100%

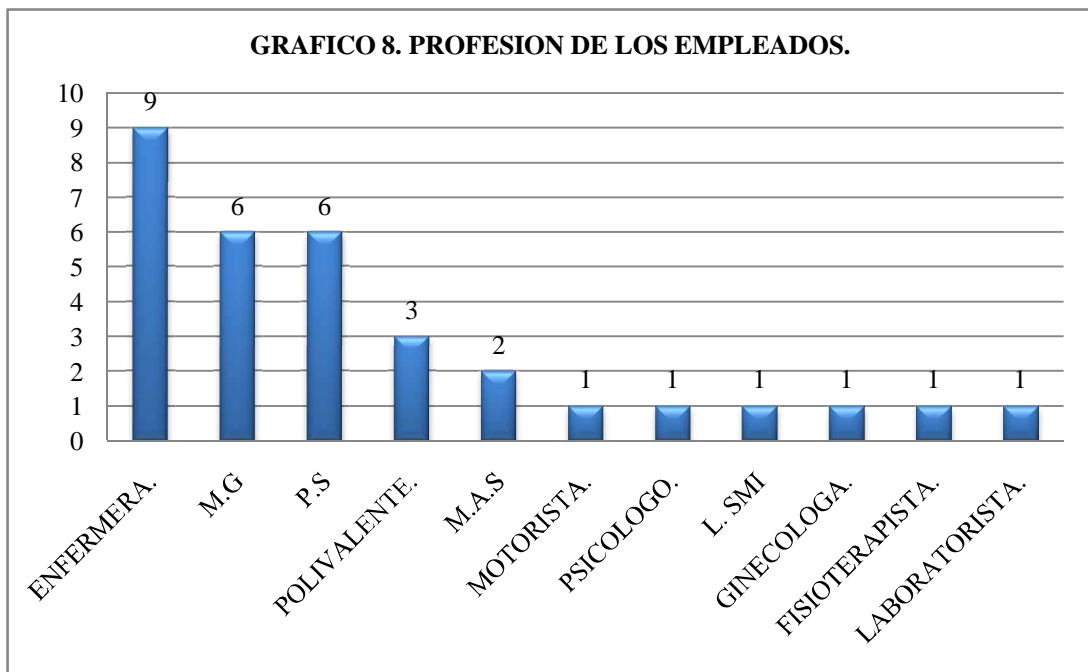
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Los 32 empleados se clasificaron en grupos de acuerdo a la profesión que desempeñan, las disciplinas incluidas fueron: enfermeras 9 (28%), médicos generales (MG) 6 (19%), promotores de salud (PG) 6 (19%), personal con funciones polivalentes 3 (10%), médicos en servicio social 2 (6%), motorista 1 (3%), psicólogo 1, licenciada en salud materno-infantil (SMI) 1, ginecóloga 1, fisioterapista 1, y Laboratorista 1. Enfermeras, Médicos generales y promotores conjuntamente forman el 66% del personal.

INTERPRETACIÓN:

Las disciplinas que cuentan con mayor personal son las de enfermería, médicos y promotores de salud, que conjuntamente corresponde al 66% de todo el personal. Observándose también que hay disciplinas de mucha importancia en el programa Hogar de Espera Materna que su personal es limitado; constituyéndose en un importante punto de análisis de las autoridades competentes para su reforzamiento de acuerdo a demanda de servicios y necesidades de cobertura. (Ver gráfico 8).



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

Tabla 24. Lugar de trabajo del empleado de salud

	Lugar.	Frecuencia.	Porcentaje.
1	Unidad de salud.	19	59
2	ECOS.	10	31
3	HEM.	2	6
4	FOSALUD.	1	3
	TOTAL	32	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

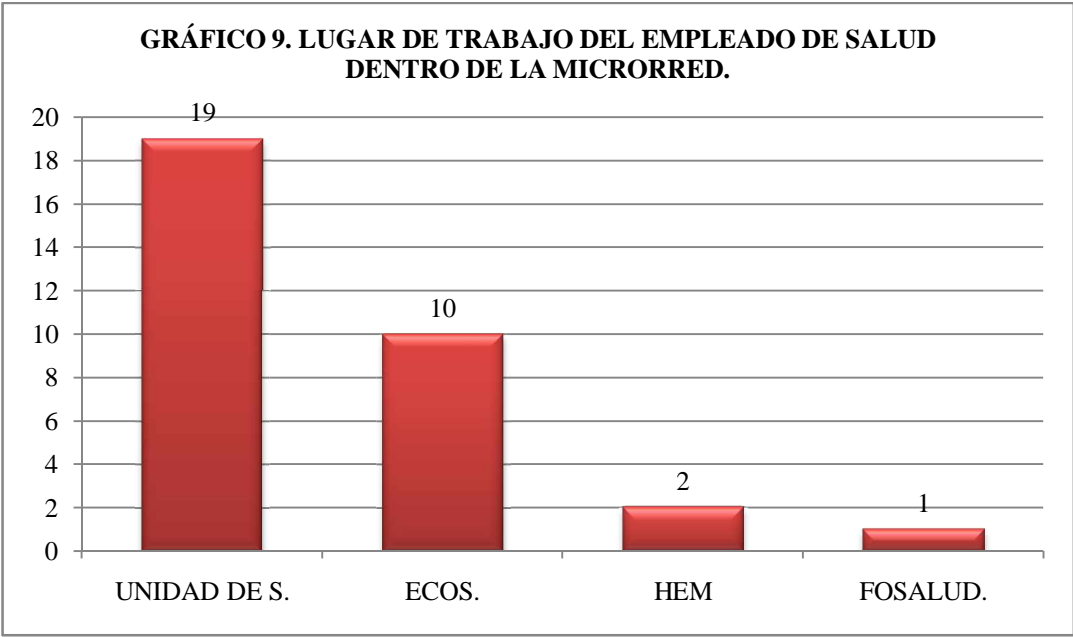
ANÁLISIS:

El personal que labora dentro de la microrred de salud pública está distribuido en diferentes puntos de acuerdo a un plan estratégico en políticas de salud preventiva y curativa; todo en el contexto del primer nivel de atención. Existen cuatro dependencias del MINSAL (Ministerio de Salud Pública) que realizan funciones específicas, pero que comparten la misma política de trabajo, orientada a proveer servicios de atención médica en el ramo de la salud pública. La Unidad de Salud cuenta con 19 empleados, los Equipos de Salud Comunitaria (ECOS) 10, el Hogar de Espera Materna (HEM) 2, y el Fondo Solidario de la Salud (FOSALUD) 1.

INTERPRETACIÓN:

El personal de la unidad de salud y ECOS conjuntamente engloba el 90% de todo el personal. Es importante aclarar que el personal independiente de su lugar de trabajo

asignado se desplaza de acuerdo a objetivos programadas en toda la microrred. Por lo tanto dispone de flexibilidad de acuerdo a necesidades y prioridades.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

Tabla 25. ¿Qué opinión tiene el empleado de salud referente del Hogar de Espera Materna?

Opinión		Frecuencia.	%
1	Es una estrategia que fomenta la participación social y comunitaria, para salvaguardar la vida de la madre e hijo.	5	16
2	Lugar donde los pacientes están más cuidados.	4	13
3	Son lugares para pacientes de escasos recursos.	4	13
4	Estrategia de alojamiento para la mujer embarazada a partir de las 38 semanas.	3	9
5	Es ideal para prevenir complicaciones antes, durante y después del parto	3	9
6	Programa para pacientes que viven lejos.	3	9
7	Excelente iniciativa para disminuir mortalidad materna e infantil.	3	9
8	Estrategia del MINSAL para disminuir la mortalidad materna.	3	9
9	Estrategia que facilita el traslado al hospital.	2	6
10	Estrategia que fomenta el parto limpio y seguro.	2	6
TOTAL.		32	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Se agruparon las opiniones en 10 categorías basado en su frecuencia. Estas se resumen en la tabla anterior en orden de mayor a menor. Predominan las ideas de salvaguardar la vida, cuidados adecuados, recursos limitados, complicaciones en relación a morbilidad y mortalidad. Las primeras tres categorías resumen el objetivo de los HEM: Estrategia con participación socio comunitaria para el cuidado de mujeres embarazadas de escasos recursos.

INTERPRETACIÓN:

Al personal incluido se le realizó una pregunta abierta para que brindaran su opinión respecto a la estrategia que persigue el programa Hogar de Espera Materna. Obteniéndose diversidad de opiniones; sin embargo se han tomado las 10 opiniones más relevantes en cuanto a frecuencia. Destacando que a pesar que todo el personal es parte de la red de salud, tienen diferente forma de ver la funcionalidad del programa; sin embargo todas las opiniones vertidas están orientadas hacia estrategias de servicios a disponibilidad de la salud de la mujer en estado de gravidez, que tienen el objetivo de salvaguardar la vida. La pregunta pretendió captar la percepción del trabajador referente a su centro de trabajo y el grado de compromiso del mismo respecto a las políticas de atención.

Tabla 26. ¿Desde cuándo funciona el Hogar de Espera Materna en Corinto?

Respuesta.	Frecuencia	Porcentaje (%)
2 agosto 2010.	3	10
No sabe.	2	6
Otra respuesta.	27	84
TOTAL.	32	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

De los 32 empleados participantes en el estudio solamente 3 de ellos (10%) conocía con certeza la fecha en la cual se puso a funcionar el Hogar de Espera Materna. El resto de empleados emitieron una fecha aproximada y dos de ellos la desconocían.

INTERPRETACIÓN:

No todos los empleados conocían la fecha exacta desde que funciona el HEM. Este dato no tiene relevancia en cuanto a la funcionalidad del programa.

Tabla 27. ¿Qué características deben tener las pacientes que son alojadas en el Hogar de Espera Materna?

	Características.	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Alto riesgo social.	17	29
2	Procedencia del área rural.	10	17
3	Alto riesgo obstétrico.	8	14
4	Cualquier mujer embarazada.	6	10
5	Bajos recursos económicos y difícil acceso.	5	8
6	Paciente puérpera.	4	7
7	Embarazadas de 38 semanas.	2	3
8	Morbilidad materna.	1	2
9	Adolescente embarazada.	1	2
10	Otras opiniones diversas.	5	8
	TOTAL.	69	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Tras la pregunta elaborada a los empleados, para recoger el nivel de conocimiento de estos, sobre las pacientes embarazadas, que son candidatas para alojamiento en el Hogar de Espera Materna se agrupan las principales opiniones en cuanto a frecuencia. Se consignan las primeras 9 opiniones y un subgrupo en otras opiniones que no fueron frecuentes. La mayoría de trabajadores encuestados coincide en características importantes y que se apegan a los objetivos perseguidos en la normativa Hogares de Espera Materna, estas son: riesgo social, procedencia geográfica con difícil acceso, riesgo obstétrico y nivel económico bajo. Tomándose lo emitido por los funcionarios como apropiado para el campo de acción de la estrategia implementada. El 60% de opiniones, registrado en las tres primeras categorías denotan el propósito del HEM: alto riesgos social (29%), procedencia rural (17%), y alto riesgo obstétrico (14%). (Se contabilizó más de una opinión por empleado y por ello sobrepasa el número de participantes).

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de trabajadores encuestados coincide en características importantes y que se apegan a los objetivos perseguidos en la normativa Hogares de Espera Materna, estas son: riesgo social, procedencia geográfica con difícil acceso, riesgo obstétrico y nivel económico bajo. Tomándose lo emitido por los funcionarios como apropiado para el campo de acción de la estrategia implementada.

Tabla 28. Desde qué inició este programa. ¿Considera usted que ha traído beneficios? En caso de SI, ¿Cuáles?

Respuesta.	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	31	97
NO	1	3
TOTAL.	32	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Se les pidió a los trabajadores que respondieran, si a criterio personal como funcionarios de este programa, han observado benéficos a la salud de la mujer embarazada, atribuidos a la estrategia ejecutada. 31 empleados consideran que han visto algún tipo de beneficios, constituyendo el 97% de los empleados participantes. En contraposición a un 3% que no los percibe como tal. La razón de observar beneficios se le atribuye a que la población no lo sabe aprovechar y solamente genera más trabajo.

INTERPRETACIÓN:

Que la mayoría de los consultados observen algún tipo de beneficio en la población local, por medio de la atención que brinda el HEM, hace pensar que es una estrategia de acorde a las necesidades de la población a la cual está destinada. Estos beneficios se resumen en la siguiente tabla, en la cual se recogen las opiniones más frecuentes. Encabezando los conceptos vertidos las ideas de mejoras en mortalidad,

atención de parto limpio y seguro, morbilidad obstétrica, y procesos de atención de embarazadas.

Tabla 29. Beneficios aportados por el HEM

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Disminución de la mortalidad materna.	12	24
2	Disminución de parto domiciliar.	7	14
3	Mas parto institucional	7	14
4	Mejor atención a la embarazada.	6	12
5	Disminución de complicaciones en el embarazo y puerperio.	3	6
6	Servicio de transporte.	3	6
7	Acortar distancias.	2	4
8	Alimentación y educación.	2	4
9	Continuidad de controles.	1	2
10	Otras respuestas.	7	14
	TOTAL.	50*	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

*Nota: El total sobrepasa los datos debido a que las personas encuestadas dieron más de una respuesta

ANALISIS.

Treinta y una personas opinaron y las versiones obtenidas son las siguientes: disminución de la mortalidad 12 (24%), disminución de parto domiciliar 7 (14%), incremento del parto institucional 7 (14%), mejor atención a la mujer embarazada 6 (12%), disminución de complicaciones 3 (6%); servicios de transporte 3 (6%), reducción de distancias 2 (4%), alimentación y educación 2 (4%), continuidad en el control 1 (2%) y el 7% son opiniones menos frecuentes.

INTERPRETACION

Como se ha mencionado en los diferentes apartados de la tabla antes mostrada se han vertido diferentes opiniones del personal de salud acerca de los beneficios que proporciona el HEM, con el cual se han solventado un sinnúmero de adversidades así podríamos mencionar; disminución de parto domiciliario, disminución de parto domiciliario, continuidad de controles, entre otras muchas opiniones vertidas en este apartado. Ante ello el programa ha facilitado los procesos de atención.

Tabla 30. Antes de contar en la localidad con un Hogar de Espera Materna. ¿Qué tipo de dificultades se tenía con este tipo de pacientes.

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Alta prevalencia de parto domiciliario.	19	37
2	Mortalidad materna y perinatal.	9	17
3	Accesibilidad difícil.	8	16
4	No había servicio de ambulancia.	7	14
5	Hemorragia postparto.	3	6
6	Susceptibilidad a complicación obstétrica.	1	2
7	Sepsis neonatal.	1	2
8	Falta de acceso a ultrasonografía.	1	2
9	No tenían conocimiento médico ni estimulación temprana,	1	2
10	Renuencia.	1	2
	TOTAL.	51	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Los empleados consideraron las dificultades más frecuentes en los procesos de atención previa a la existencia del HEM: alta prevalencia de parto domiciliar 19 (37%), mortalidad y morbilidad 9 (17%), difícil acceso y transporte 15 (30%), entre otras.

INTERPRETACIÓN:

Una de las dificultades que se tenía a criterio de los entrevistados era la alta prevalencia de atención de parto atendido en casa asistido o no por partera, situación que pone en riesgo de complicación y/o muerte al binomio madre-hijo, esta es una de las principales hipótesis de este estudio, la cual sometió a prueba lo manifestado por los funcionarios; así también destacan otros aspectos importantes como mejoras en cuanto a mortalidad materna y perinatal y mayor accesibilidad hacia los servicios médicos en el primer nivel de atención y enlaces oportunos con los niveles de atención de mayor complejidad (segundo y tercer nivel

Tabla 31.A su criterio. ¿Qué se debe mejorar en este Hogar de Espera Materna?

Según versión del empleado de salud

	Opinión.	Frecuencia.	Porcentaje %
1	El sistema de transporte.	8	25
2	Promoción en unidades de salud y ECOS.	4	13
3	La alimentación.	3	10
4	El sistema de referencias y retorno.	3	9
5	El personal de ordenanza.	2	6
6	El apoyo de la comunidad.	2	6
7	Que el MINSAL cubra todos los gastos.	2	6
8	Otro recurso materno-infantil.	1	3
9	Ampliar las instalaciones y traer especialistas.	1	3
10	Otras opiniones.	6	19
	TOTAL.	32	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Los empleados de la salud del AGI respectivo consideran que este programa ha aportado beneficios sustanciales; sin embargo la mejoría debe de acompañarse de reforzamientos en algunas partes que muestra deficiencias y con ello hacer más eficiente esta estrategia. Las áreas de vital importancia a mejorar se resumen en la tabla número 31 detallada anteriormente. El transporte 8 (25%), estrategias en promoción 4 (13%), alimentación 3 (10%), logística en atención local y referencias y apoyo comunitario e institucional son las principales demandas.

INTERPRETACIÓN:

El sistema de transporte (ambulancia) es el que más preocupación causa y por lo tanto lo que debe mejorarse; así también interesan aspectos de tipo educativos en cuanto a promoción local de los programas, alimentación adecuada para usuarias, y mayor apoyo comunitario y compromiso gubernamental. Reforzar con recurso humano en áreas de servicios generales (ordenanza) y recurso en salud materno infantil también es una prioridad. Ante algunas faltas de entendimiento entre primero y segundo nivel de atención, también debe intervenir con un plan de mejora que garantice la calidad del sistema de referencias y retornos. Como se puede notar en la tabla anterior las diferentes opiniones vertidas no pretenden que se destinen grandes inversiones económicas en infraestructura o equipo, más bien se declinan por un reforzamiento en la parte de promoción de la salud y apoyo ministerial y/o comunitario.

Tabla 32; Considera usted, que la población está aprovechando este tipo de programa: ¿Por qué lo considera de esa manera?

Respuesta.	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	25	78
NO	7	22
TOTAL	32	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Al ser interrogados sobre el correcto aprovechamiento de los servicios que brinda el HEM, por parte de la población objetivo del programa, la mayoría de empleados (78%) consideran que si se aprovecha; mientras que otra parte (22%), opina lo contrario.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población considera que si se está aprovechando la atención brindada y lo percibe de acuerdo a lo que se enuncia en la tabla 33, y las versiones de la población que opina lo contrario en tabla 34. Lo importante se fundamenta en el hecho de que la mayoría observa los beneficios y que aún queda mucho trabajo por recorrer para logra el cien por ciento.

Tabla 33. ¿Cómo aprovecha la comunidad el programa HEM?

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Hay cada vez mas embarazadas en el HEM.	10	40
2	Poco a poco comprenden su importancia.	2	8
3	Se han beneficiado muchas familias.	2	8
4	La gente está satisfecha.	2	8
5	Tienen un chequeo especializado.	1	4
6	Otras respuestas.	8	32
	TOTAL.	25	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Los 25 encuestados correspondientes a un 78% del total (32), quienes opinaron que la población si está aprovechando el servicio brindado por el HEM: 10 (40%) respondieron que Hay cada vez mas embarazadas en el HEM, 8 (32%) dieron otras respuestas (Llegandoantes de tener al niño y evitando una tragedia, recibiendo tratamientos adecuados), 2 (8%) respondieron que Poco a poco comprenden su importancia, 2 (8%) respondieron que se han beneficiado muchas familias, 2 (8%) dijeron que la gente está satisfecha y 1 (4%) respondió que tienen un chequeo especializado.

INTERPRETACIÓN.

El personal percibe que la mujer embarazada, con el paso del tiempo va comprendiendo la importancia de estar bajo la protección de un personal capacitado en servicios médicos, y esto se refleja en el mayor número de usuarias atendidas. En conclusión la seguridad en la atención al final del embarazo ha mejorado.

Tabla 34. ¿Por qué no aprovecha la comunidad el programa HEM?

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Desconocen en HEM.	2	20
2	Hay renuencia.	2	20
3	Barrera de pensamiento.	1	10
4	No quieren dejar al esposo.	1	10
5	Mala información.	1	10
6	Otras respuestas.	3	30
	TOTAL.	10*	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

*Nota: El total sobrepasa los datos, debido a que las personas encuestadas dieron más de una respuesta

ANÁLISIS:

Las personas encuestadas que opinaron que la comunidad no está aprovechando el HEM fueron 7 los cuales forman el 22% del total: 3 encuestados dieron otras respuestas (No todas las embarazadas utilizan este Servicio de atención, algunas de ellas su esposo no se los permite), 2 (20%) opinaron que desconocen en HEM, 2 (20%) opinaron que ha renuencia, 1 (10%) respondió que existe barreras de pensamiento, 1 (10%) opino que no quieren dejar al esposo, 1 (10%) respondió que existe mala información.

INTERPRETACIÓN:

El personal que observa el no aprovechamiento de los servicios, atribuye estos acontecimientos a la parte actitudinal de la población de usuarias y familia. Un escoyo

que puede solventarse con mayor promoción en la comunidad y colaboración comunitaria, y ello contribuiría a una maternidad segura centrada en la familia (MSCF).

Tabla 35. ¿Ha tenido algún caso de rechazo, por parte de las usuarias? En caso de sí. ¿Por qué?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	20	62
NO	12	38
TOTAL	32	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Los empleados ven con buenos ojos la implementación del HEM, y atribuye mejoras en la calidad de atención; sin embargo también hay mujeres embarazadas o familias que rechazan la oferta de servicios a pesar de las políticas de intervención del programa. El 62% de los empleados ha sido testigo de pacientes que rechaza la atención que brinda el HEM y un 38% no han recibido rechazo por parte de las usuarias.

INTERPRETACIÓN:

Los rechazos a la atención médica, es frecuente en nuestro medio, en los diferentes niveles de atención. Los factores culturales y tradiciones de nuestra población tienen marcada tendencia en estas conductas. Las razones que llevan a las mujeres en estado de embarazo a rechazar los servicios médicos, como lo demuestra la siguiente

tabla, son de tipo cultural, existiendo una mezcla de desinformación, miedo y machismo por parte de sus parejas. Las posiciones vertidas están acorde a las políticas internacionales que rigen estos programas respecto al enfoque de género, para romper estas barreras de pensamiento.

Tabla 36. Motivos de rechazo a la atención en el HEM / versión del empleado.

	Opinión	Frecuencia.	Porcentaje %
1	No quieren dejar al esposo.	8	29
2	Por factores culturales.	7	25
3	Por machismo.	4	14
4	Por pena o miedo.	3	11
5	Alimentación insuficiente.	1	3
6	Otras respuestas.	5	18
	TOTAL.	28*	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

*Nota: El total sobrepasa los datos debido a que las personas encuestadas dieron más de una respuesta

ANÁLISIS:

Los encuestados que opinaron haber recibido rechazo de la atención por parte de las usuarias forman el 62%, corresponde una frecuencia de 20 personas: dentro de las cuales 8 (29%) respondieron no quieren dejar al esposo, 7 (25%) respondieron por factores culturales, 5(18%) proporcionaron otras respuestas, 4 (14%) respondieron que por machismo, 3 (11%) dijeron que Por pena o miedo y 1(3%) por alimentación insuficiente.

INTERPRETACIÓN:

Las razones que llevan a las mujeres en estado de embarazo a rechazar los servicios médicos, como lo demuestra la tabla, son de tipo cultural, existiendo una mezcla de desinformación, miedo y machismo. Las posiciones vertidas están de acuerdo a las políticas internacionales que rigen estos programas respecto al enfoque de género, pararomper estas barreras de pensamiento.

Tabla 37.¿Recomendaría usted, la apertura de otros Hogares de Espera Materna en esta localidad? ¿Por qué piensa de esa forma?

Opinión	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI	15	47
NO	17	53
TOTAL.	32	100 %

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS.

La opinión respecto a la necesidad de implementar otros Hogares de Espera Materna es bastante dividida. 17 (53%) empleados consideran que es suficiente un centro en la localidad. No opina lo mismo 15 (47%) empleados que están a favor de aperturar más instalaciones en otras comunidades del AGI, para lograr mejores coberturas.

INTERPRETACIÓN.

La mayoría empleados consideran que debe existir más de un HEM, teniendo en cuenta la extensión del territorio en cobertura. La otra contraparte no apoya la iniciativa y preferiría que el existente sea reforzado con el recurso necesario para máxima eficiencia. La eficiencia en los programas de atención médica, se fundamentan en la operatividad de estos y por ello los objetivos pueden cumplirse sin la necesidad de implementar nuevos centros. Los razonamientos emitidos a favor de aperturar otros Hogares de Espera Materna, se resumen en la tabla siguiente, encontrando que la tendencia se orienta por la extensión del área de cobertura y por las bondades que ofrece el programa referente a la salud de las madres e hijos. Las versiones que consideran lo contrario se documentan en la tabla 39; y destacan una dualidad de conceptos, el primero en relación que un centro es suficiente para atender la demanda y el segundo a que cierta población es renuente o tiene recursos económicos para optar a otro tipo de atención.

Tabla 38. Porque considera el personal de salud que es necesaria la apertura de otro HEM?

	Opiniones	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Por lo extenso del área de cobertura.	5	33
2	Previene complicaciones en las usuarias.	3	20
3	Es una de las mejores estrategias.	1	7
4	Previene discapacidades.	1	7
5	Otras respuestas.	5	33
	TOTAL.	15	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS.

De todos los encuestados que respondieron que es necesaria la apertura de otro HEM; 5 (33%) respondieron que es necesario por lo extenso del área de cobertura, 5 (33%) proporcionaron otro tipo de respuesta, 3 (20%) opinaron que previene complicaciones en las usuarias, 1 (7%) opino que es una de las mejores estrategias, 1(7%) respondió que previene discapacidades.

INTERPRETACIÓN.

Los razonamientos emitidos a favor de aperturar otros Hogares de Espera Materna, se presenta en la tabla, encontrando que la tendencia se orienta por la extensión del área de cobertura y por los beneficios que ofrece el programa, referente a la salud de las madres e hijos.

Tabla 39. Porque considera el personal de salud que no es necesaria la apertura de otro HEM?

	Opiniones	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Es suficiente con el existente.	15	88
2	La población no aprovecha los beneficios.	1	6
3	Hay recursos económicos en el pueblo.	1	6
	TOTAL.	17	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS.

De todos los encuestados que respondieron que no es necesaria la apertura de otro HEM; 15(88%) respondieron que es suficiente con el existente, 1(6%) opino que la población no aprovecha los beneficios, 1(1%) respondió que hay recursos económicos en el pueblo

INTERPRETACIÓN

Los empleados que no se inclinan a favor de aperturar otros HEM, se basan en el hecho de que es suficiente con el existente, que la población no aprovecha los servicios proporcionados y que la población es poseedora de recursos económicos para costear sus servicios de salud.

Tabla 40.¿Existe buena coordinación con el segundo nivel de atención? En caso de NO, ¿Por qué?

Opinión	Frecuencia.	Porcentaje (%)
SI	16	50
NO	8	25
Regular.	6	19
No sabe.	2	6
TOTAL.	32	100%

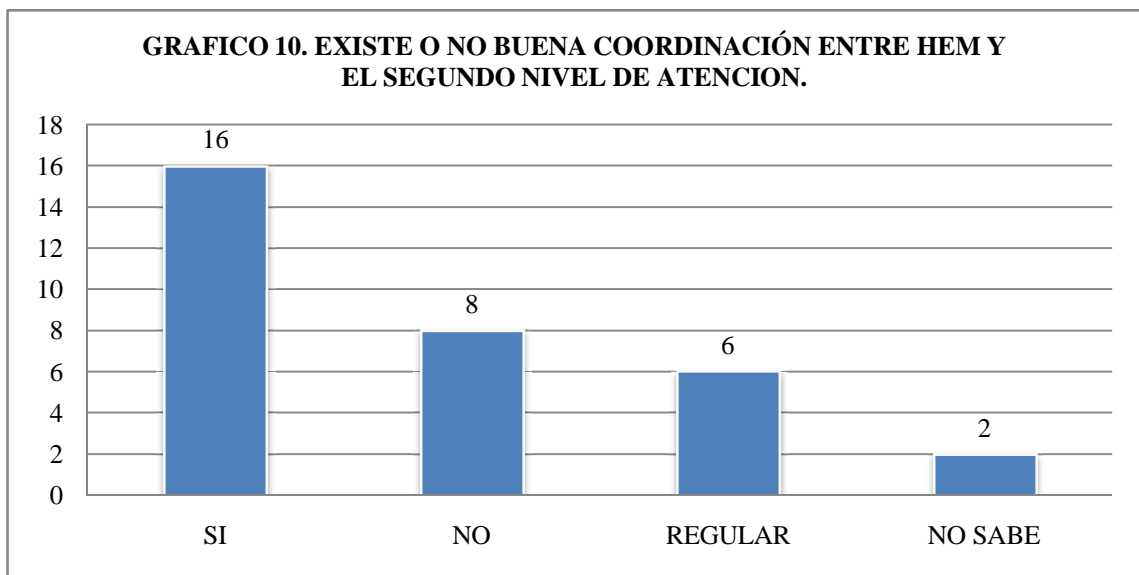
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS.

Del total de empleados consultados la mitad asegura que hay buena coordinación; sin embargo el resto no es tan entusiasta y lo explican por existir dificultades que se resumen en la tabla 42. El 25% consideran malo el proceso, 19% regular y 6% no sabe.

INTERPRETACIÓN:

El buen funcionamiento del Hogar de Espera Materna depende en gran medida, de la coordinación existente entre primer nivel de atención y el segundo nivel solamente la mitad aprueba el proceso de atención, lo que implica buscar alternativas para hacerlo eficiente y al servicio de la población.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

Tabla 41. Personal que aprueba la comunicación entre HEM y segundo nivel de Atención.

	Opiniones	Frecuencia.	Porcentaje %
1	Reciben a las pacientes y les realizan exámenes.	5	31
2	Atienden a la gente.	3	19
3	Hay referencias y retornos.	2	13
4	Hay mesa de diálogo mensual.	1	6
5	Otras respuestas.	5	31
	TOTAL.	16	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

El personal que aprueba el proceso se basa en lo siguiente: aceptación de pacientes y toma de exámenes (31%), entienden a las pacientes (19%), existencia de registros de referencias y retornos (13%) y el dialogo continuo existente(6%).

INTERPRETACIÓN:

Si bien la mitad de los consultados aprueban el nivel de coordinación y se basan en la atención y toma de exámenes, esto no implica que el proceso sea eficiente y por la tanto debe ser sometido a análisis permanente y solventar impases en caso de detectarse. Esto porque hay un 50% de empleados que observan ciertas deficiencias a las cuales debe dársele la importancia que amerita. Estas versiones se recogen en la tabla 42. Los conceptos mencionados están en relación con: diferencias de criterio en cuanto a

referencias necesarias, malas evaluaciones, retornos inadecuados que llevan a complicaciones y cuestionan el sistema de evaluación. La opinión se orienta en el sentido que el segundo nivel de atención resta créditos a la opinión de los especialistas del HEM.

Tabla 42. Personal que desaprueba la comunicación entre HEM y segundo nivel de Atención.

	Opiniones	Frecuencia	porcentaje
1	No consideran necesarias las referencias.	5	56
2	No las evalúan bien, las retornan y luego se complican. Van hasta tres veces al Hospital.	2	22
3	Rechazan a las pacientes que han sido referidas por médicos especialistas.	1	11
4	No hacen evaluaciones anuales sobre el funcionamiento.	1	11
	TOTAL.	9*	100

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

*Nota: El total sobrepasa los datos debido a que las personas encuestadas dieron más de una respuesta

ANÁLISIS:

Las opiniones que desaprueban la coordinación existente entre el HEM con el segundo nivel de atención son las siguientes: 5 (56%) no consideran necesarias las referencias, 2 (22%) no las evalúan bien, las retornan y luego se complican. van hasta tres veces al hospital, 1 (11%) opino que rechazan a las pacientes que han sido referidas por médicos especialistas y 1 (11%) opino que no hacen evaluaciones anuales sobre el funcionamiento

INTERPRETACIÓN:

En este apartado la tabla nos muestra como la opinión de los encuestados, se orienta en el sentido de que el segundo nivel de atención en salud, restan importancia a los especialistas que laboran en el HEM, así como también la gran mayoría opina que no consideran necesarias las referencias enviadas.

Tabla 43. En cuanto a evaluar la atención que brinda el HEM y la facilitación de los servicios a la población. ¿Qué calificación asignaría usted?

	Evaluación.	Número.	Porcentaje (%)
1	Excelente.	1	3
2	Muy buena.	29	91
3	Buena.	0	0
4	Regular.	0	0
5	Mala.	2	6
	TOTAL.	32	100 %

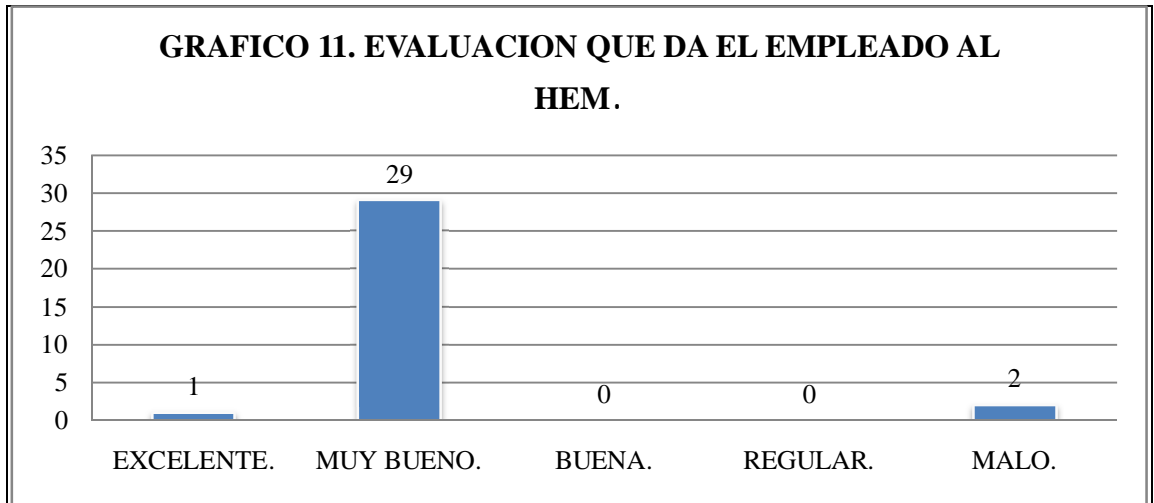
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

ANÁLISIS:

Las opciones de respuesta proporcionadas fueron: excelente, muy buena, buena, regular o mala. De las 32 opiniones vertidas solamente 1 considera excelente el desempeño del HEM, 29 muy buena, destacando que no se emitió ninguna opinión buena o regular; sin embargo 2 opiniones lo consideran malo. Solamente un 6.2% desapruueba el trabajo del HEM. Ver gráfico 11.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de personal califica positivamente a la institución para la cual trabaja, lo cual es importante ya que esto refleja el grado de compromiso con su trabajo a desempeñar. El seis por ciento opina lo contrario; sin embargo esto está relacionado a la carga de trabajo que implican los nuevos programas de atención con recurso limitado.



Fuente: Cedula de entrevista dirigida a empleados públicos de salud / Corinto.

5.3 MORTALIDAD MATERNA / CORINTO.

La estrategia Maternidad Segura, es una iniciativa de organismos internacionales (OMS/ OPS) para incentivar a los países en vías de desarrollo a redoblar esfuerzos para disminuir la mortalidad materna en el mundo.

Uno de los objetivos de esta investigación es relacionar si la estrategia Hogar de Espera Materna (HEM), cuya meta principal es prevenir la mortalidad materna, ha incidido directamente en el índice de mortalidad materna en el AGI respectivo.

La Mortalidad Materna en un municipio específico es significativamente pequeña, ya que los casos son esporádicos, logrando mostrar tendencias si se extiende en regiones o países.

Con el objetivo de extrapolar la mortalidad materna, se analizó toda la región oriental, en el mismo periodo de estudio, para relacionar la mortalidad local con la regional.

La mayoría de casos de mortalidad ocurren en zonas de pobreza, accesibilidad difícil hacia los centros de atención médica y otros factores relacionados. Los HEM intervienen acercándose a las poblaciones que lo necesitan, para alojar a la mujer embarazada días previos a su fecha probable de parto, con dos finalidades: monitorear

el final del embarazo y prevenir complicaciones y establecer enlaces con los niveles de mayor complejidad para la atención del parto.

Estas acciones deben reflejarse en mortalidad materna y perinatal y atención de parto institucional.

MORTALIDAD MATERNA EN LA ZONA ORIENTAL DE EL SALVADOR AÑOS 2007 A 2011.

Tabla 44. Mortalidad materna, zona oriental 2007 – 2011.

Departamento.	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Morazán.	7	3	6	3	4	23
San Miguel.	5	5	5	9	8	32
Usulután.	3	6	1	4	5	19
La Unión.	6	0	6	2	2	16
TOTAL.	21	14	18	18	19	90

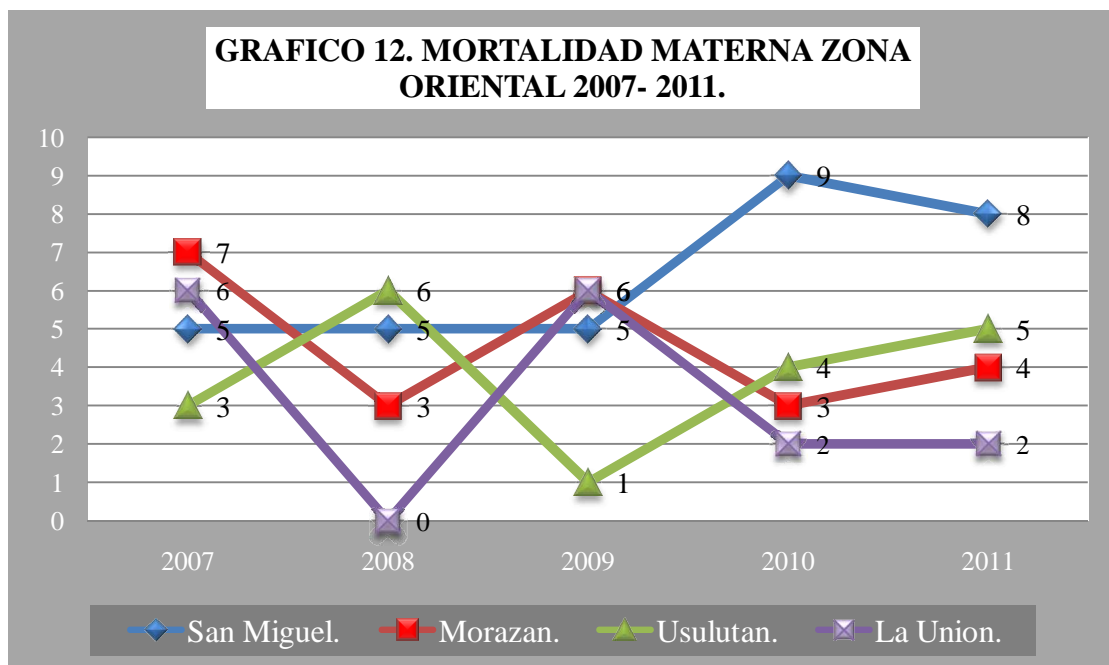
Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

ANÁLISIS.

En la tabla se resume la mortalidad materna ocurrida en los 4 departamentos de la Zona Oriental de El Salvador (Morazán, San Miguel, Usulután y la Unión). El departamento de San Miguel, es el más afectado en mortalidad acumulada con 32 casos (35%), Morazán 23 casos (25%), Usulután 19 casos (21%), y La Unión con 16 casos (18%). (Ver grafico 12).

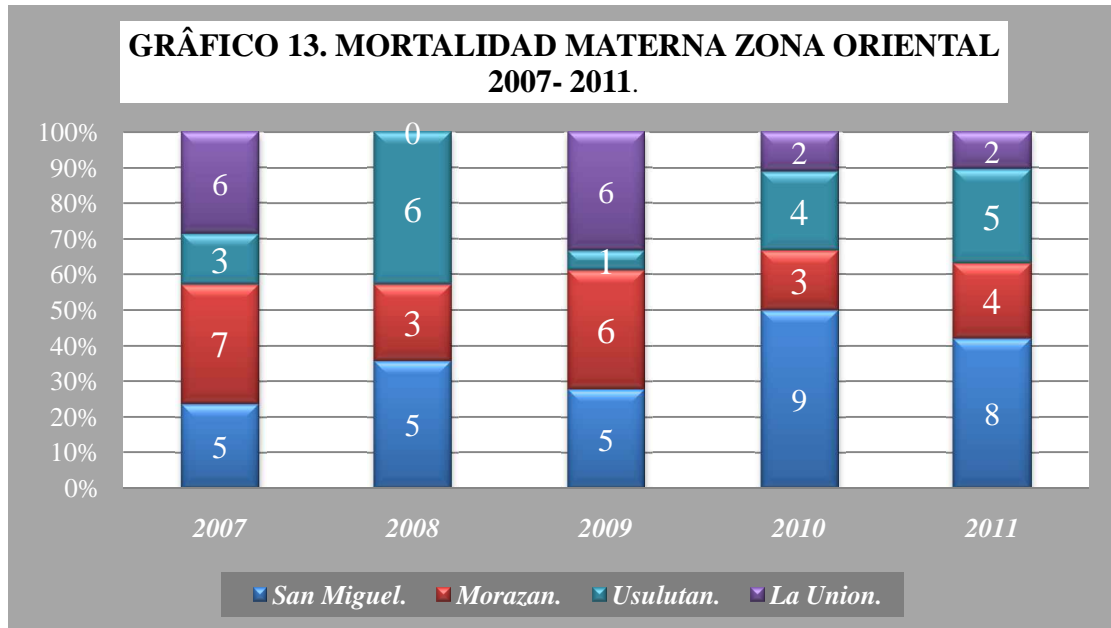
INTERPRETACIÓN:

Morazán es uno de los departamentos con mayor índice de pobreza y subdesarrollo global. Esto también ha influido en los índices de morbilidad y mortalidad materna, y por ello es una de las zonas prioritarias en salud preventiva. Los datos revelan que solo es superado por San Miguel en cuanto a mortalidad materna. Los programas HEM pretenden disminuir esa brecha de muertes maternas. En todo el periodo de estudio la mortalidad ha presentado un comportamiento sostenido. Aclarando que está representada la mortalidad del departamento. Obsérvese en el gráfico 12 en línea roja la mortalidad del departamento de Morazán. En el gráfico 13 se representa la misma información, en barras apiladas de color rojo se observa que en los últimos años hay un estrechamiento en los casos de mortalidad materna lo cual está influenciado por las estrategias de salud que promocionan la atención de la mujer embarazada.



Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

**GRÁFICO 13. MORTALIDAD MATERNA ZONA ORIENTAL
2007- 2011.**



Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

Obsérvese en el gráfico anterior, en barras azules como San Miguel, ha aumentado el índice de mortalidad materna. Morazán presenta alta incidencia; pero su tendencia es descendente en los últimos dos años. ¿Podría esto estar relacionado a que cuenta con dos HEM?

Los datos anteriores reflejan el comportamiento global en la Zona Oriental, a continuación se presentan las estadísticas propias del departamento de Morazán. La tabla 45 resume la mortalidad en el departamento, con el propósito de relacionar la contribución a estas estadísticas la mortalidad propia del municipio de Corinto.

Tabla 45. Casos de Mortalidad Materna/ Morazán 2007 – 2011

Año.	Casos.	Porcentaje %
2007	7	31
2008	3	13
2009	6	26
2010	3	13
2011	4	17
TOTAL.	23	100 %

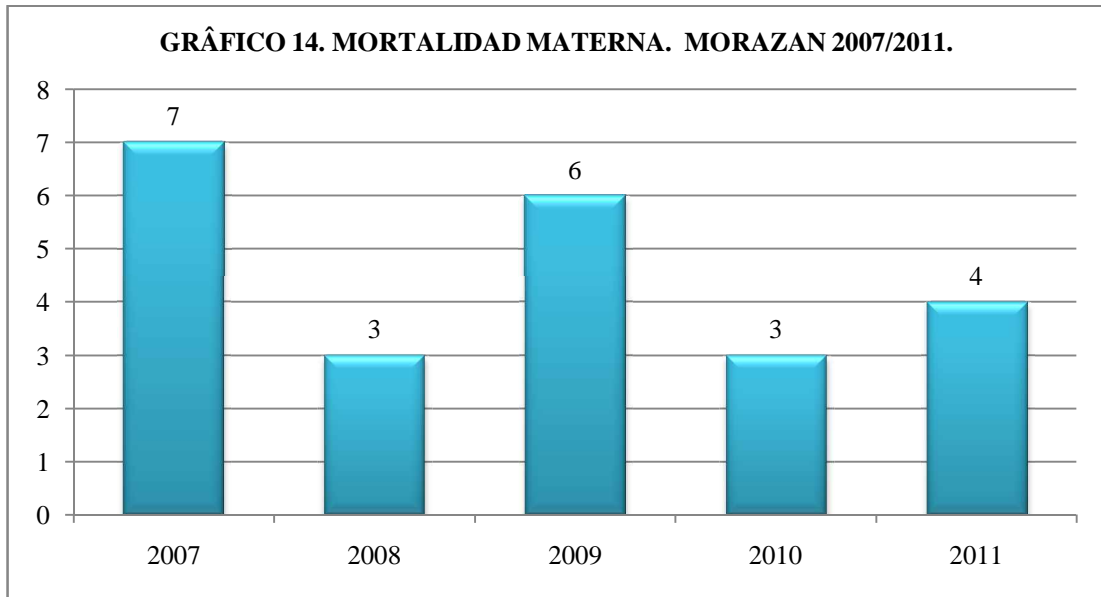
Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

ANÁLISIS:

En los cinco años de estudio el departamento de Morazán contabilizó 23 casos de muerte materna. En el año 2007 se registró el mayor número de casos (7), 2008 registra 3 casos, 2009 asciende a 6 casos y en los últimos 2 años 2010 y 2011 registra 3 y caso respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

De los 23 casos contabilizados solamente 7 han ocurrido en los últimos 2 años, constituyendo el 30% de la mortalidad acumulada dentro del periodo de estudio. Resulta alentador este descenso, el cual debe estar relacionado a las estrategias preventivas, sin especificación alguna. Recordando que en el departamento solo existen 2 HEM. La contribución de estos debe ser importante, sin embargo no se puede atribuir como la principal. Obsérvese en el gráfico 14 que en el año 2011 esta ha superado el 17% en mortalidad.



Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

En el departamento aumento la mortalidad en el año 2011, en 3% con relación al año 2010. Esta es la mortalidad departamental acumulada hasta el mes de agosto de 2011.

MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE CORINTO AÑOS 2007 A 2011.

Conociendo la mortalidad materna regional y departamental, se procedió a analizar los datos estadísticos de mortalidad en el AGI de Corinto, Morazán. La siguiente tabla resume los casos de mortalidad materna en los últimos cinco años.

Tabla 46. Mortalidad Materna/ Corinto 2007 – 2011.

Año.	Casos.	Porcentaje %
2007	0	0
2008	1	50
2009	1	50
2010	0	0
2011	0	0
TOTAL	2	100%

Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

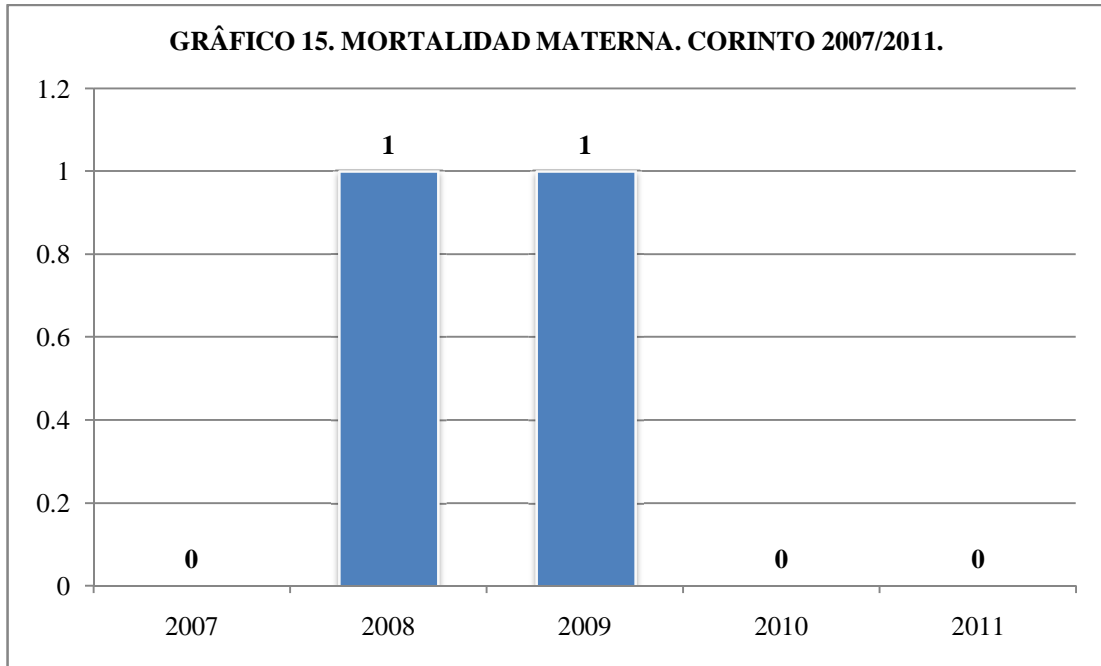
ANÁLISIS:

Se analizó cual era el porcentaje, que el municipio aportaba con los casos propios, a la mortalidad materna en el departamento, tomando como base todos los casos ocurridos cada año en el AGI respectivo. Los resultados obtenidos reflejan como Corinto en el año 2007 no registra casos de mortalidad, en el año 2008 y 2009 registra un caso respectivamente, y en los últimos 2 años no se documentan casos de mortalidad. El 100% de mortalidad contributoria se dio en los años 2008 y 2009.

INTERPRETACIÓN:

Es de mencionar que es una zona que presenta pocos casos de muerte materna, sin embargo que en los últimos 2 años no se contabilicen casos de muerte materna es relevante. Esta tendencia está relacionada con la intervención oportuna del HEM en la

atención de la mujer embarazada, especialmente la de bajos recursos económicos en las zonas más desprotegidas.



Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

Tabla 47. Porcentaje anual de mortalidad materna en Corinto, en relación a la Morbi-Mortalidad departamental.

Año.	Morazán.	Corinto.	Porcentaje %
2007	7	0	0
2008	3	1	33.3
2009	6	1	16.6
2010	3	0	0
2011	4	0	0
GLOBAL.	23	2	9

Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

ANÁLISIS:

23 casos de muerte materna se contabilizaron en el departamento de Morazán en los últimos cinco años. De estos 2 corresponden al municipio de Corinto, con un porcentaje global en el mismo periodo del 9%. En el 2008 un caso (33.3%) y 2009 un caso (16.6%). Del 2010 a 2011 no se contabilizan casos (0%).

INTERPRETACIÓN:

Demostrar si el HEM, ha incidido en los índices de mortalidad materna en el AGI, es uno de los principales objetivos de esta investigación. Los datos anteriores revelan cambios sustanciales en el comportamiento de las tendencias de mortalidad materna, reflejando una ausencia de casos en los 2 años de funcionamiento del HEM en la localidad respectiva. Teniendo a consideración que la mortalidad está relativamente controlada en los últimos dos años, periodo de implementación del HEM, es fruto de esta estrategia los resultados vertidos. La eficacia y eficiencia de esta estrategia debe ser analizada en relación al tiempo y su funcionalidad no depende exclusivamente de si se presentan o no casos de muerte, sino que si se tomaron las decisiones e intervenciones acertadas y oportunas para prevenirlas.

Teniendo a cuenta que fue en esta fecha que se apertura el HEM, este acontecimiento está relacionado al control de la mortalidad materna. A continuación los detalles de las dos muertes registradas durante el periodo evaluado.

Tabla 48. Mortalidad materna /etiología /procedencia. Corinto 2007 – 2011

Año.	Casos MM.	Etiología.	Procedencia.
2007	0	-	-
2008	1	Infección Puerperal	Zona Urbana.
2009	1	Trombo Embolismo pulmonar.	C. Hondable
2010	0	-	-
2011.	0	-	-
TOTAL	2		

Fuente: Fuente: programa mortalidad materna. Región Oriental de Salud. MINSAL.

La morbimortalidad en el municipio de Corinto, en los últimos años presenta tendencias favorables y alentadoras para los sistemas de salud. La mejora es producto de todos los programas en salud preventiva y entre ellos el HEM.

5.4 REVISIÓN DE LA ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR EN EL MUNICIPIO DE CORINTO, MORAZÁN PERIODO 2007 A AGOSTO DE 2011.

En este estudio, se realizó una recopilación de datos, sobre natalidad en el municipio de Corinto, pretendiendo demostrar las tendencias en el tiempo, en atención de parto institucional y domiciliario. Para comparar si los cambios de dichas tendencias, se relacionan o no con la implementación del Hogar de Espera Materna (HEM). Se incluyó todos los partos institucionales y domiciliarios ocurridos en los tres años previos a la implementación del HEM (2007 – 2010), comparándolos con la totalidad de partos

atendidos en casa o institución de salud pública o privada, a partir de la fecha en que se puso a funcionar el HEM, hasta agosto de 2011 (a un año de funcionamiento). En todo el periodo de estudio se registraron 1678 partos, de ellos 1387 (82%) fueron institucionales y 291 (18%) partos domiciliarios. (Ver tabla 49). El objetivo de incluir los partos de 3 años antes de la implementación de HEM, es para mostrar tendencias acumuladas en el tiempo, y asociar la variabilidad ocurrida cada año con estrategias o programas, y específicamente si se atribuye o no a la estrategia Hogares de Espera Materna, cuyo objetivo es romper barreras de inaccesibilidad de cualquier naturaleza entre mujeres embarazadas o puérperas y los servicios de salud pública, y con ello influir en índices de desarrollo humano como morbilidad materna y perinatal, así también en promover la atención de parto limpio y seguro, de preferencia institucional.

Tabla 49. Parto institucional y domiciliar en el municipio de Corinto años 2007 – 2011

Tipo de Parto.	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
Institucional	238	330	287	329	203	1387	82
Domiciliar	114	85	51	34	7	291	18
TOTAL	352	415	338	363	210	1678	100

Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

ANÁLISIS:

La tabla registra la atención de parto por año desde el 2007 hasta agosto de 2011. Contabilizando un total de 1678 partos entre domiciliarios e institucionales; no se establecen diferencias en cuanto a la institución responsable. El 82% (1378) fueron atendidos en instituciones de salud y el 12% (291) atendidos en casa; no se establece si contó con asistencia de matrona. En cada año de revisión la cantidad de parto domiciliar presenta una tendencia descendente. El gráfico 16 demuestra como la atención de parto institucional (parto limpio y seguro según calificación de la OMS), ha presentado fluctuaciones importantes, y permite observar una tendencia ascendente en relación a los años siguientes. Atendiendo 338 partos en el 2007, 330 en el 2008, 287 en el 2009, 329 en el 2010 y 203 partos registrados desde enero de 2011 hasta finalizar agosto de 2011.

Los datos han sido tomados de los registro de asentamiento de partidas de nacimiento en la Alcaldía del municipio; por lo tanto hay un margen de error, debido a que los padres demoran en registrar a sus hijos, situación que afectó el número de partos consignados en los últimos meses. Con relación a la atención de parto domiciliar se observó un tendencia descendente en esta práctica en relación al tiempo, situación que se vuelve más importante en los últimos 2 años. Cabe destacar que esta tendencia está claramente relacionada al momento en que empieza a operar el Hogar de Espera Materna. Atendiéndose 114 partos en el año 2007, 85 en el 2008, 51 en el 2009, 34 en el 2010 y únicamente 7 partos en un periodo de 8 meses transcurridos del año 2011.

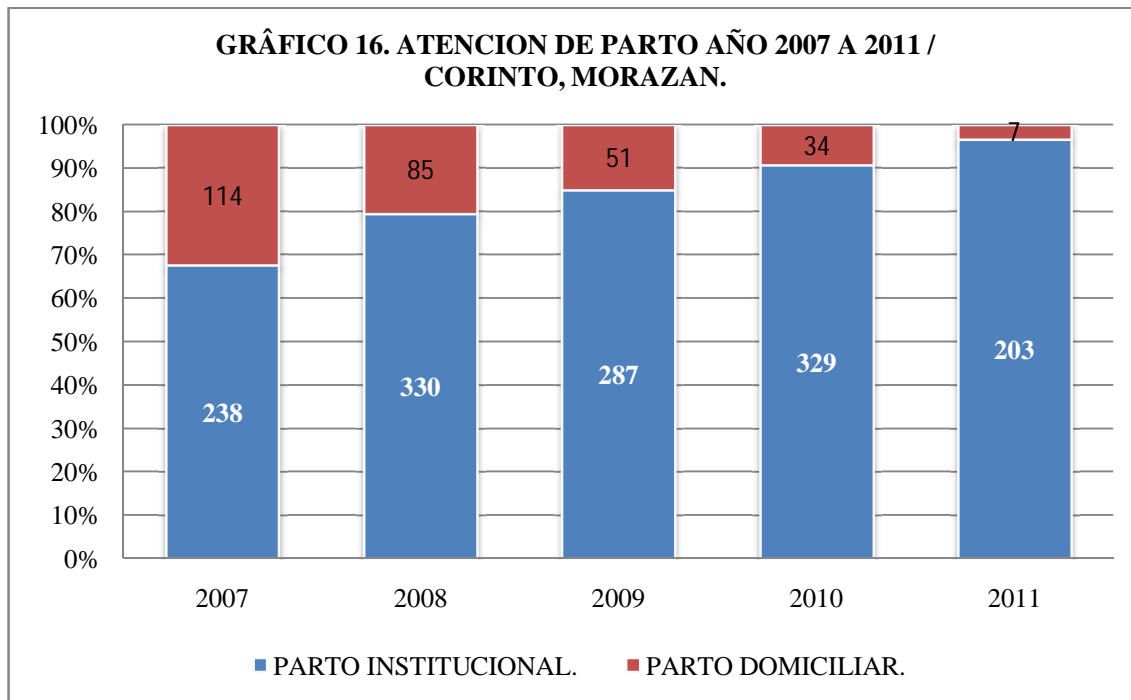
La influencia que han podido ejercer las estrategias que incentivan o promocionan la atención de parto limpio y seguro (institucional), se registra en el gráfico número 2, donde el porcentaje de parto domiciliario es cada vez menor, favoreciendo la práctica de parto institucional como lo recomiendan las organizaciones nacionales e internacionales. Al relacionar los datos en base a porcentaje entre partos institucionales y domiciliarios en cada año incluido en el estudio, se observó una tendencia muy marcada hacia la disminución del parto domiciliario y por lo tanto un incremento de la atención de partos institucionales.

Cabe destacar que la tendencia de los últimos años en relación a la disminución de los partos domiciliarios obedece a las políticas de promoción de la salud, situación que se ve influenciada en el último año, a partir del inicio de la estrategia Hogar de Espera Materna, donde se da una disminución sumamente importante que supera la de los años previos. Para citar cifras que demuestran esta variabilidad se registró que en el año 2007 el parto domiciliario ocupó el 32%, en el 2008 el 20%, en el 2009 el 15%, en el 2010 el 9% y los primeros 8 meses de 2011 corresponde al 3%. Registrando una disminución de atención de parto domiciliario de 12 % para el 2008, 5% para el 2009, 6% para el 2010 y 6% para 2011 (aun restando 4 meses del 2001).

INTERPRETACIÓN:

Esta asociación permite ver que desde el 2007 la atención de parto en casa ha disminuido producto de otras estrategias que han promovido la atención de parto en las instituciones de salud; pero que a partir de que inicia operaciones la casa de espera materna esta tendencia se potencializa y se presta para pensar que se cerrara el ultimo año con un índice muy bajo de parto domiciliario. Se observó un notable incremento en la atención de parto institucional y por lo tanto una disminución de parto domiciliario en los cinco años de estudio. Esta tendencia se ha visto influenciada por todas las estrategias de promoción de los servicios médicos, incluidas en las políticas de salud de los últimos años; por lo tanto no se puede decir que obedece en su totalidad a la implementación del HEM. La estrategia HEM empezó a operar a partir del 2 de agosto del año 2010. Lo que sí se puede relacionar a los servicios que ofrece el HEM es el incremento marcado en los últimos meses de 2010 y lo que ha transcurrido de 2011.

Para mostrar una relación lineal sobre el posible efecto positivo del HEM, con respecto al parto institucional, se realizó una asociación mensual en todos años incluidos en el estudio: 2007 – 2011. Este análisis se detalla a continuación.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR AÑO 20007.

Se realizó una relación comparativa entre tendencias de los dos modelos de atención de parto: domiciliar e institucional, para observar el comportamiento en cada variable en el transcurso del mismo año. Este fue de mayor utilidad en los últimos 2 años del estudio, en relación al efecto producido por el HEM en la localidad respectiva. Para el año 2007 aun no se había implementado el HEM, por lo tanto la variabilidad ascendente o descendente en cuanto a la prevalencia de atención de parto institucional y domiciliar, dependía únicamente de las intervenciones promocionales de las autoridades de Salud Publica. La investigación mostró que tanto en parto domiciliar

como institucional, no existe una tendencia significativa hacia el incremento o descenso en la forma de atención del parto, presentando fluctuaciones no relevantes.

Tabla 50. Parto institucional y domiciliar año 2007. Tendencia mensual.

Parto.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	%
Inst.	21	13	19	23	16	20	25	16	23	15	23	24	238	68
Dom.	19	11	9	9	11	7	11	8	8	11	5	5	114	32
TOTAL.	40	24	28	32	27	27	36	24	31	36	28	29	352	100

Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

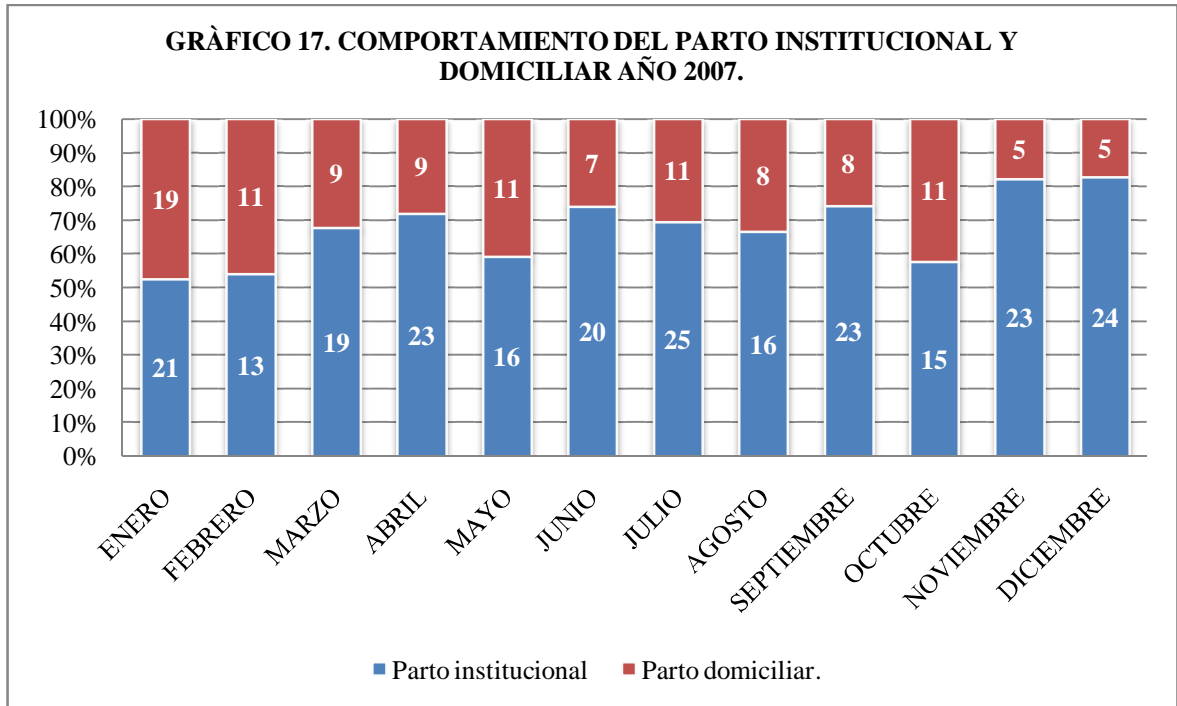
ANÁLISIS:

En el año 2007 se contabilizan 352 partos, de ellos 238 (68%) se atendieron en instituciones de salud y 114 (32%) en el domicilio de las madres. Mensualmente se registró una cantidad de partos institucionales y domiciliarios, con una variabilidad discontinua, la cual no presenta ninguna asociación específica en cuanto a estrategias implementadas durante ese año.

INTERPRETACIÓN:

El análisis, permite ver que en los diferentes meses del año 2007 se produjo modificaciones en ambos modelos de atención de parto; pero fue hasta en los últimos dos meses que se produce un descenso muy marcado; no así todos los meses anteriores. Este descenso puede no ser significativo, y por lo tanto es más producto de la demora en el registro de personas que de la disminución del parto domiciliar y está relacionado

también a la cantidad de mujeres embarazadas esperadas en los diferentes meses del año
(ver gráfico 17)



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR AÑO 2008.

Tabla 51. Parto institucional y domiciliario año 2008. Tendencia mensual.

Parto.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	%
Inst.	16	14	26	29	16	39	34	35	19	29	29	24	330	80
Dom.	5	18	14	2	6	7	7	3	3	9	8	3	85	20
TOTAL.	21	32	40	31	22	46	41	38	22	38	37	27	415	100

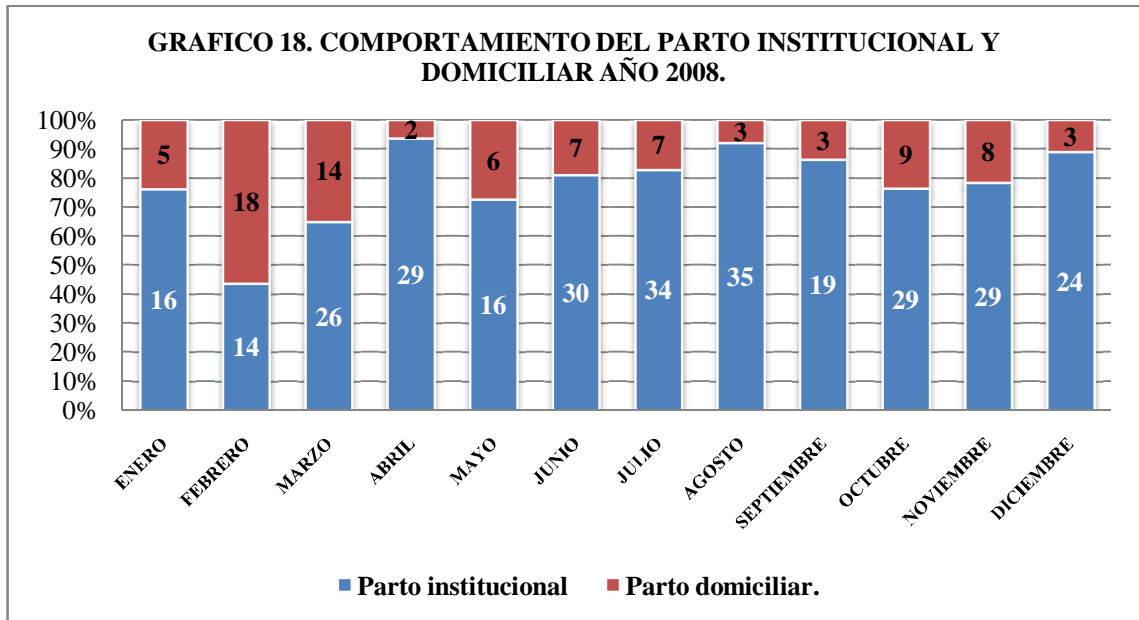
Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

ANÁLISIS:

Se atendieron 415 partos en total durante el 2008; de ellos el 80% (330) fueron atendidos en instituciones de salud públicas o privadas y acreditadas, y el 20% (85) se atendió en el domicilio de las gestantes. (Recordemos que en el 2007 el porcentaje de parto domiciliar fue de 32%). Se evidencian cambios importantes en relación al año 2007, en relación a atención de parto en casa. El dato relevante al compararse con el año anterior (2007) fue que disminuyó el porcentaje global de parto domiciliar. 32 % para el año 2007 y 20 % en el 2008. Obteniendo una reducción de 12% en el 2008.

INTERPRETACIÓN:

Para el año 2008 se observó un comportamiento similar al año anterior, donde hay ligeras variaciones mensuales; pero la tendencia no es constante en el tiempo, y por lo tanto los cambios son producto de la promoción del parto institucional, más que de alguna intervención específica (ver gráfico 18). El éxito para la fecha fue la reducción de la mortalidad anual.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR EN EL AÑO 2009.

Tabla 52. Parto institucional y domiciliar año 2009. Tendencia mensual.

Parto.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	%
Inst.	29	21	31	21	16	24	19	27	21	29	25	24	287	85
Dom.	6	7	3	4	2	4	10	4	3	0	5	3	51	15
Total.	35	28	34	25	18	28	29	31	24	29	30	27	338	100

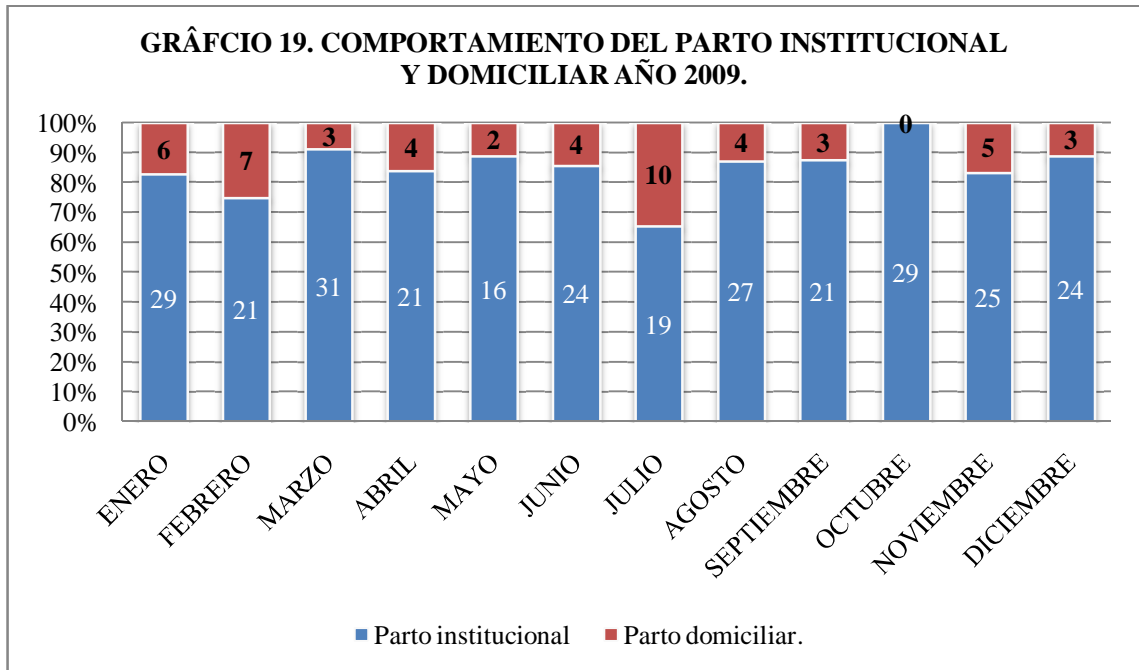
Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador

ANÁLISIS:

De los 338 partos ocurridos en el año, 287 (85%) fueron atendidos en instituciones de salud; entre tanto 51 partos (15%) fueron atendidos en el domicilio de las mujeres gestantes. Destacando que hay disminución de la práctica domiciliar del 5% respecto al año 2008 y 17% desde el año 2007.

INTERPRETACIÓN:

En este año se produjeron cambios alentadores en la práctica de atención de parto limpio y seguro, a diferencia de los años anteriores, las tendencias son sostenidas en el tiempo. Este comportamiento es mucho más importante en el parto domiciliar. Aunque para el año 2009, se produjo un comportamiento casi sostenido en las prácticas en atención de parto, no se observó un momento específico donde la población se incline abiertamente por el parto limpio y seguro; sin embargo en relación a años anteriores hay un descenso de parto domiciliar (Ver gráfico 19). A estas instancias las políticas preventivas y de acercamiento de los servicios médicos a los usuarios aun no se han implementado; sin embargo se han producido cambios alentadores, incentivados por las políticas de promoción de la salud en sus diferentes contextos.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

La tendencia demostrada es objetiva en apreciar que la población local cada vez se inclina por parir a sus hijos en las instituciones de salud pública, en respuesta a la promoción de los servicios médicos; sin embargo a esta fecha el HEM no estaba en funciones, por lo tanto el incremento en atención de parto institucional, obedece a las políticas convencionales en salud pública.

PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR EN EL AÑO 2010.

Tabla 53. Parto institucional y domiciliario año 2010. Tendencia mensual.

Parto.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total.	%
Inst.	24	24	27	26	27	23	19	38	32	26	31	32	329	91
Dom.	9	2	3	0	9	3	2	1	1	1	1	2	34	9
TOTAL.	33	26	30	26	36	26	21	39	33	27	34	34	363	100

Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador

ANÁLISIS:

El año 2010 representa para esta investigación, características especiales. La relevancia estriba en que es el año en el cual se implementa la estrategia HEM, por medio de su casa de espera materna (2 de agosto de 2010). Se produjeron 363 partos entre institucionales y domiciliarios; de ellos 329 (91%) se atendieron en instituciones de salud pública o privada y 34 (9%) en el domicilio de las gestantes.

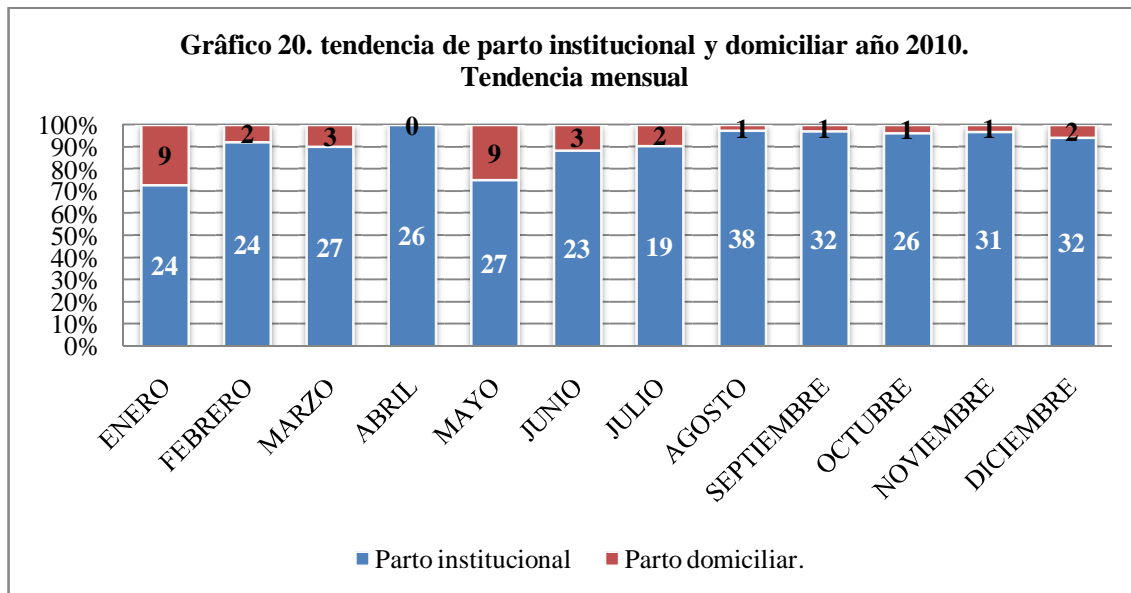
INTERPRETACIÓN:

Es en este año que el Ministerio de Salud de El Salvador, extiende su política en maternidad segura, un programa impulsado por OMS y OPS en todos los países miembros o regiones OMS. Para esta fecha en otros municipios del país esta estrategia ya era conocida desde el 2007. Por considerarse el departamento de Morazán, como uno de los más importantes en proyectos de desarrollo social, dada sus características de pobreza, analfabetismo, problemas de índole sociocultural y difícil accesibilidad hacia

los centros de atención medica. Por ello el 2 de agosto de 2010 se inaugura el HEM en Corinto, las características propias de esta zona lo convierten en uno de los lugares idóneos para estos programas que pretenden acercar y facilitar la atención medica al usuario.

Ante ello era previsible esperar que las tendencias en atención de parto institucional y domiciliar mostraran cambios con el paso del tiempo a partir de su implementación.

En el año 2010 la atención de parto institucional mostró una variación en la tendencia acumulada, observándose como la población del AGI respectivo está utilizando los servicios médicos públicos o privados para parir a sus hijos. En el gráficos 20 se aprecia como la práctica de atención de parto domiciliar ha disminuido, una tendencia que se vuelve mucho más importante a partir del octavo mes del año, fecha en la cual inició operaciones el HEM, manteniéndose este comportamiento los meses siguientes.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIAR EN EL AÑO 2011.

El estudio en su diseño inicial se proyectó para ser finalizado en abril de 2011 (analizando 8 meses de implementación); sin embargo con el objetivo de obtener resultados que muestren tendencias objetivas y observar su continuidad y determinar si están o no relacionadas al HEM se prolongó hasta agosto de 2011 (un año en funciones).

El comportamiento observado desde inicios del segundo semestre de 2010 sobre la disminución de partos atendidos en casas, persiste y se vuelve más significativa, una tendencia que se ha mantenido en los primeros 8 meses del año 2011. Estas diferencias son el resultado de todos los programas de salud pública que promueven los servicios de atención médica y sobre todo a la implementación de HEM en la localidad.

Tabla 54. Parto institucional y domiciliar año 2011. Tendencia mensual.

Parto.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total.	%
Inst.	23	26	31	32	22	24	21	24	-	-	-	-	203	97
Dom.	1	1	0	1	3	1	0	0	-	-	-	-	7	3
Total.	24	27	31	33	25	25	21	24	-	-	-	-	210	100

Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

ANÁLISIS:

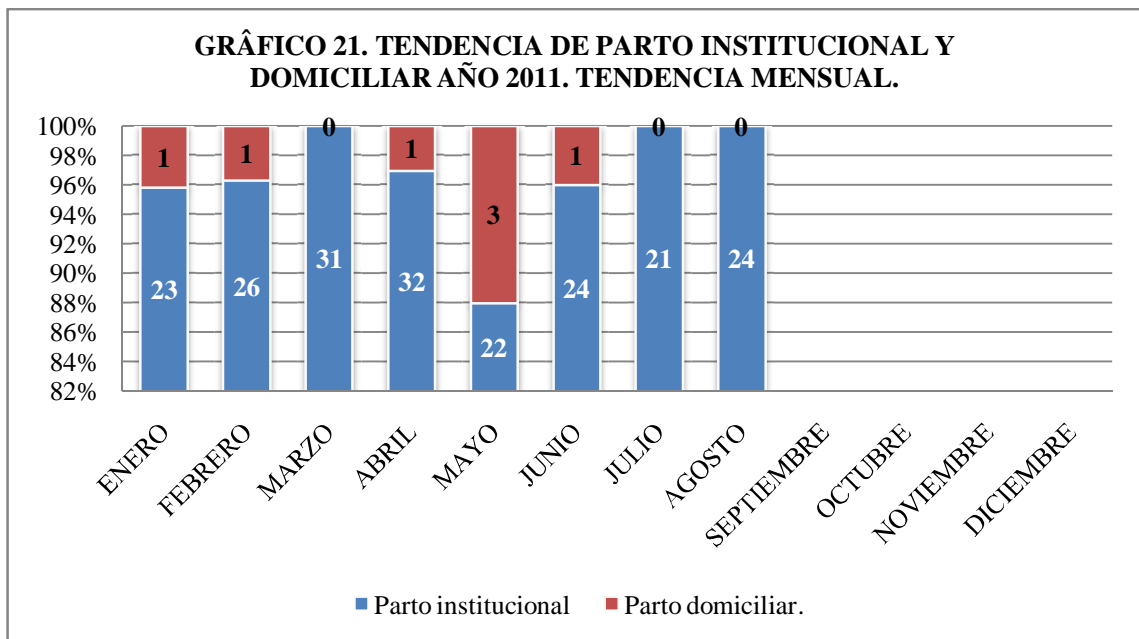
Se registraron 210 partos desde enero hasta finalizar agosto, de ellos 97% (203) fueron partos institucionales, y el 3% (7) partos domiciliarios. Se produjo un descenso en atención de parto domiciliar del 3%, respecto al año 2010 y un 26% acumulado, desde el inicio del estudio en el año 2007.

INTERPRETACIÓN:

El incremento del índice de parto institucional en el 2011, se relaciona directamente con los beneficios que ha proporcionado el HEM. Es notable el descenso en casos de atención de parto en casa en los meses de estudio correspondientes al año 2011. Al cierre del estudio solamente el 3% de esta práctica aun continua y por ello la promoción de los servicios debe ser constante y logra su máxima eficiencia.

Obsérvese en el siguiente gráfico (21), como el porcentaje de atención de parto en instituciones de salud, supera el 94%, excepto el mes de mayo que cae a un 82%. Sin

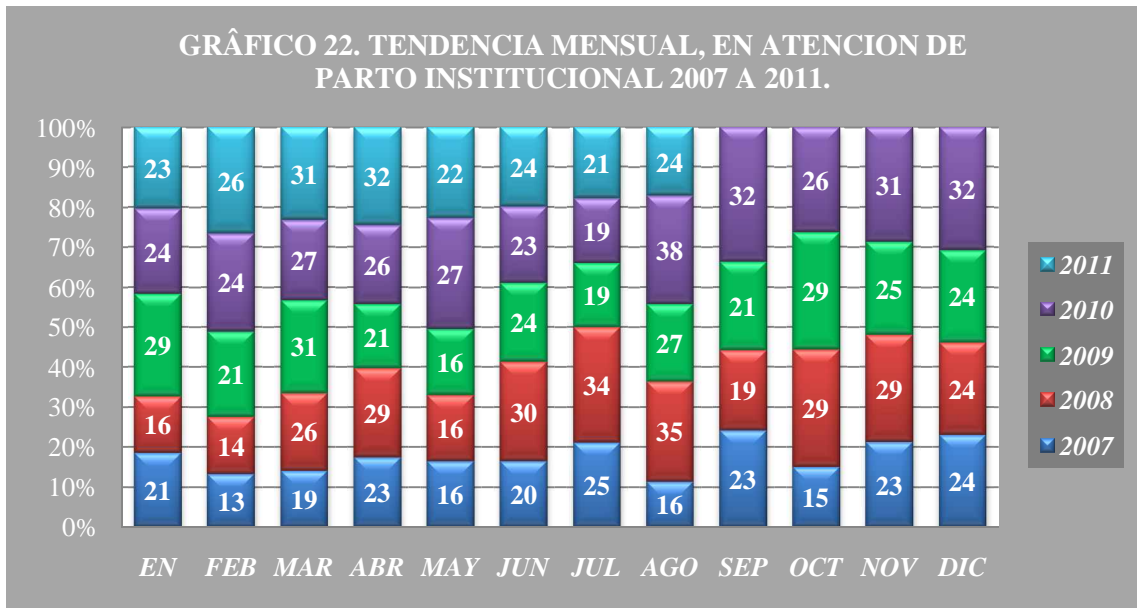
embargo es impresionante como la población ha acudido a los centros de atención para la atención de parto. Esta tendencia se le atribuye al HEM con su programa parto limpio y seguro coadyuvando a las medidas en promoción de la salud.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

Para mostrar las mismas tendencias sobre el comportamiento de la atención de parto institucional y domiciliario, a forma de resumen se recogen los datos de los cinco años en estudio, formando 12 categorías (los 12 meses de cada año en estudio: 2007 – 2011, excepto el último año que se incluye hasta agosto), para evaluar cual ha sido la tendencia mensual en atención de parto en el AGI. Este agrupamiento permite establecer diferencias en cada año de acuerdo al mes respectivo, considerando que existen meses

que por su naturaleza el índice de parto disminuye (ver gráfico 22 para parto institucional y gráfico 23 para parto domiciliario).



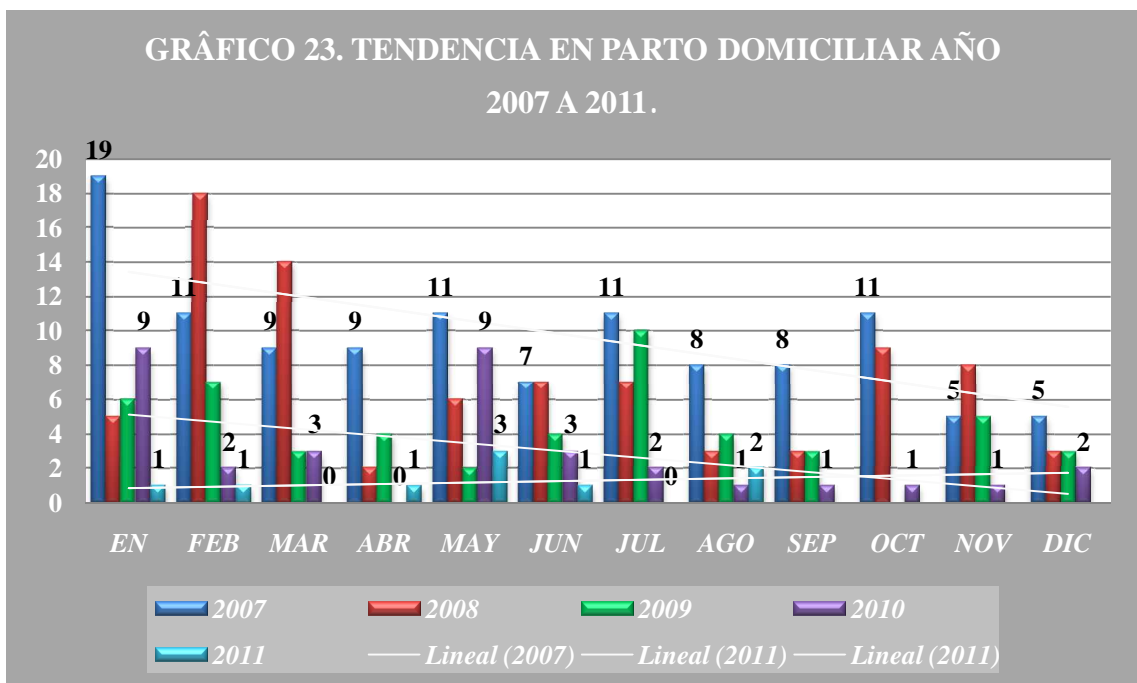
Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

ANÁLISIS:

El gráfico muestra una barra mensual, con apilamiento anual en cada barra desde el año 2007 hasta el año 2011 (agosto de 2011). Desde el 2007 a 2009 el comportamiento en atención de parto es fluctuante. A partir del año 2010 representado de color púrpura, y específicamente desde el mes de agosto la frecuencia y porcentaje de atención de esta modalidad de atención de parto presenta una tendencia ascendente. Esta tendencia se fortalece en el año 2011.

INTERPRETACIÓN:

La fluctuación presentada durante los años 2007 a 2009 es producto que, en esta fecha solamente existen las medidas convencionales, en promoción de los servicios médicos propias de la época. En agosto del 2010 inicia la estrategia HEM, la cual promueve el parto institucional; es por ello que desde esa fecha la tendencia es sostenida a favor del parto institucional. Esta medida se sumó a las políticas de promoción y prevención de la salud.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

ANÁLISIS:

El gráfico muestra las tendencias de atención de parto domiciliario desde el año 2007 al año 2011. La tendencia mostrada es mensual, con el objetivo de ver el punto de

transición, desde la fecha de inicio del HEM (agosto de 2010). Desde el año 2007 a 2009 la práctica de atender parto en casa entró en disminución. Esta conducta persiste desde inicio del año 2010 hasta la fecha que el HEM inicia sus funciones. A partir de la fecha de implementación del HEM la tendencia muestra un descenso notable y desproporcional en relación a los años previos, manteniéndose igual durante el año 2011.

INTERPRETACIÓN:

Durante todo el periodo de estudio el descenso en la atención de parto domiciliar, obedece a todas las intervenciones en salud pública, que promueven que la práctica no sea utilizada. Los cambios importantes en la tendencia desde el año 2010, es producto de la mejor atención y vigilancia del proceso gestacional mediante la estrategia HEM.

PARTO DOMICILIAR EN CORINTO DESDE AGOSTO DE 2010 A AGOSTO DE 2011

Se realizó una clasificación en cuanto al lugar de procedencia de los partos domiciliarios ocurridos desde que se implementó en HEM, en agosto de 2010 a agosto de 2011.

El propósito de determinar la comunidad o cantón que tiene presencia de partos domiciliarios consiste en que a partir de esta evaluación se pueda proceder con medidas de promoción del HEM, para disminuir la incidencia de atención de parto en casa. 375 atenciones de parto ocurrieron durante el periodo de estudio, de ellos 362 corresponde a parto institucional (96%) y 13 atenciones de parto domiciliar (4%).

La siguiente tabla resume las características del parto domiciliar a un año de funcionar el HEM. De los 13 parto domiciliare se distribuyen de la manera siguiente. El recuadro gris corresponde al año 2010 y el resto al año 2011.

Tabla 55. Parto domiciliar en Corinto. Agosto 2010 a agosto de 2011.

Mes	Número de partos	procedencia
Agosto.	1	C. La Laguna.
Septiembre	1	Barrió el centro.
Octubre.	1	C. Hondable.
Noviembre.	1	C. Corralito.
Diciembre.	2	C. Hondable.
		C. Corralito.
Enero.	1	C. La Laguna.
Febrero.	1	C. La Laguna.
Marzo.	0	
Abril.	1	C. La Laguna.
Mayo	3	C. La Laguna.
		C. La Laguna.
		C. Hondable.
Junio	1	C. Corralito.
Julio.	0	
Agosto	0	
TOTAL.	13	

Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

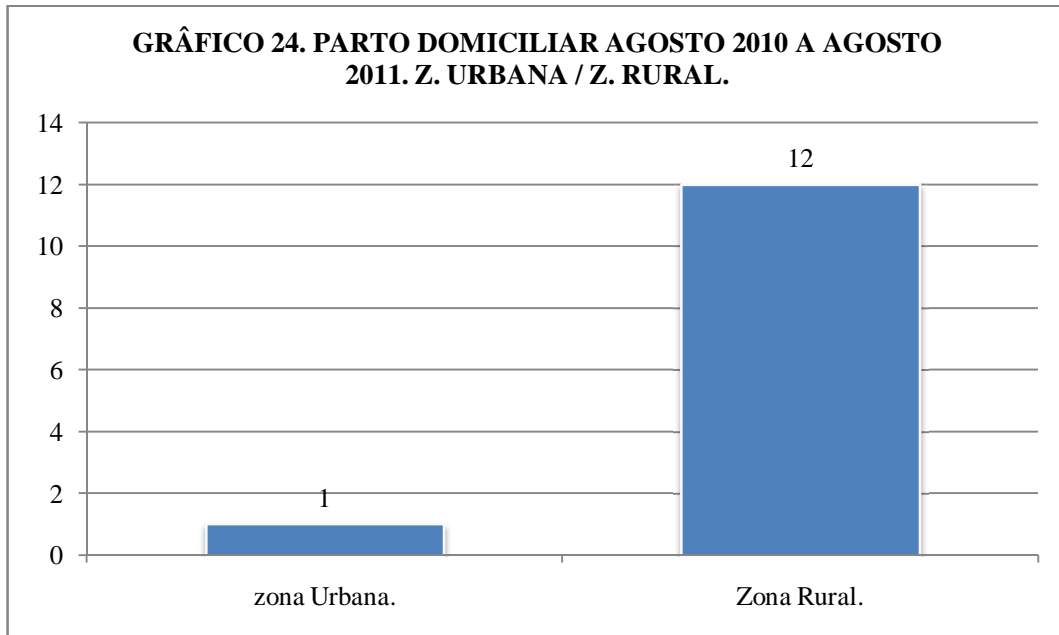
ANÁLISIS:

La tabla muestra como desde que inicio el HEM en agosto de 2010 hasta agosto de 2011, fecha en que se dio por finalizada la investigación, se contabilizaron 13 atenciones domiciliarias de parto. De ellos solamente uno se verificó en la zona urbana y el resto (12) en el área rural. Los cantones la laguna y corralito acaparan la mayoría de casos. Estos se distribuyen tres de cinco cantones del AGI respectivo. Las comunidades La Laguna presentan la mayor incidencia con 6 partos (50%), cantón Hondable y cantón Corralito 3 casos cada uno (25% respectivamente).

INTERPRETACIÓN:

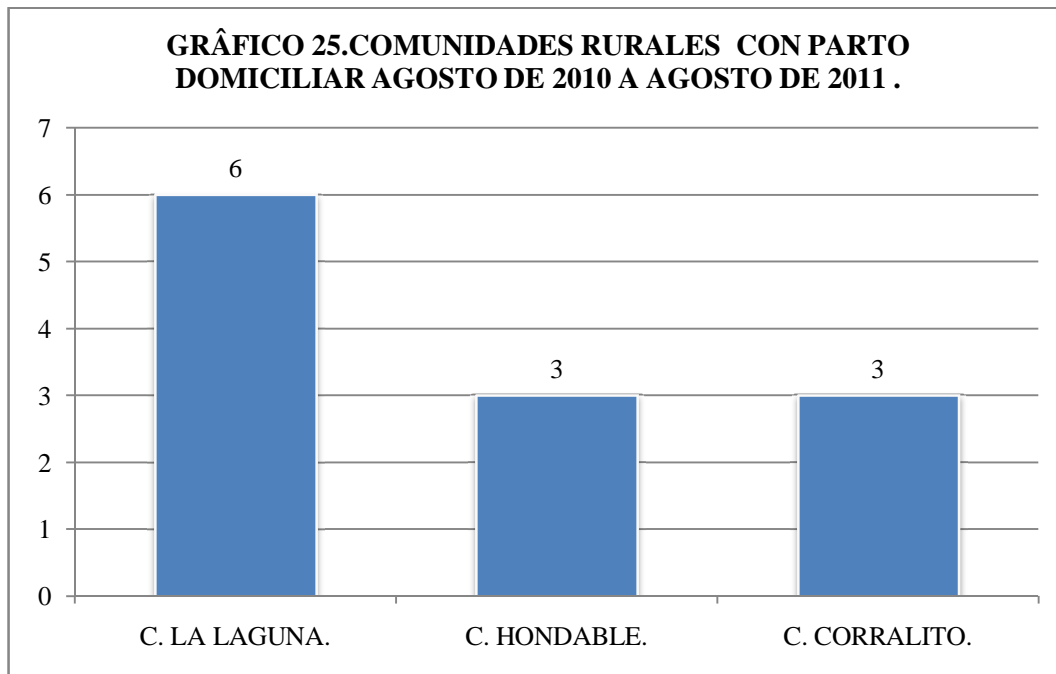
La procedencia de los casos es rural mayoritariamente. Esto refuerza el objetivo de la estrategia dirigida a la población rural y con difícil accesibilidad. A pesar de la existencia de la estrategia HEM, muchas familias por decisión propia no acuden a las instituciones de salud. El siguiente grafico muestra la zona con mayor número de casos de parto domiciliar. Observando que la mayoría de casos han ocurrido en la zona rural. Razón por la cual los programas dirigen sus acciones hacia esta zona.

La zona urbana ha contribuido con el 8% de atención de parto domiciliar en Corinto en todo el periodo que ha funcionado el HEM, específicamente el Barrio el Centro con un caso registrado en septiembre del año 2010.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador

Obsérvese el gráfico 25 muestra como el total de atenciones de parto domiciliar procedente de la zona rural, se distribuye en los cantones La Laguna, Hondable y Corralito. Todos pertenecientes al municipio de Corinto.



Fuente: registros de natalidad. Alcaldía municipal de Corinto, Morazán, El Salvador.

5.5 EVALUACIÓN POR PARTE DE LAS USUARIAS RELACIONADO CON EL HEM DE CORINTO, MORAZÁN.

Tabla 56. Usuaris del HEM por mes (agosto 2010 / agosto 2011).

Mes.	AG	SE	OC	NO	DI	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JUL	AG	Total
Frecuencia	10	17	10	9	12	24	19	17	15	14	13	26	28	214

Fuente: Libro de registro de usuarias de HEM Corinto.

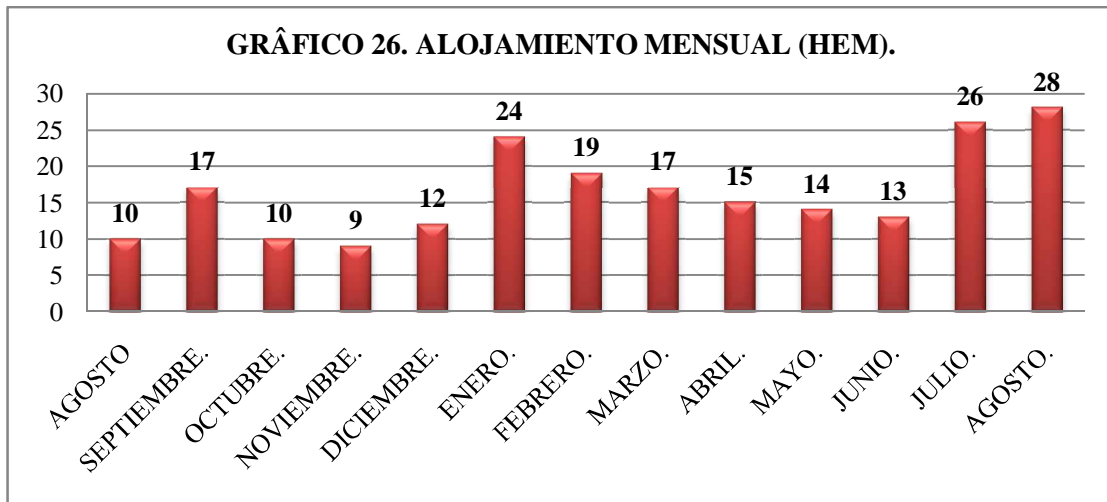
ANÁLISIS:

El número de usuarias incluidas en la investigación fue de 214 en todo el periodo y una tendencia mensual que se resume en la tabla 56 y gráfico 26. Obteniendo un promedio mensual de alojamientos de 17.8 Otras fueron descartadas por no cumplir con

los criterios de inclusión. El promedio mensual de alojamientos es de 18. En los meses de Enero, Julio y Agosto de 2011 se registró el mayor número de alojamientos.

INTERPRETACIÓN:

Obsérvese como desde agosto de 2010 el número de usuarias en el HEM ha incrementado y esta tendencia persiste hasta el final de la investigación. Se presenta una fluctuación relacionada también a la frecuencia de embarazadas esperadas cada mes. Esta información estaría relacionada con el nivel de aceptación del programa y la promoción de sus servicios en la población destino de la estrategia.



Fuente: Libro de registro de usuarias de HEM Corinto.

En este estudio se ha recalcado como muy relevante el nivel de accesibilidad que existe, entre la población y los centros públicos y/o privados de servicios médicos preventivos y curativos. Una accesibilidad que puede ser vista desde un contexto amplio, en el cual diferentes escenarios se conjugan y forman un campo difícil, donde muchos

actores sociales, políticos, religiosos, gubernamentales y no gubernamentales y sobretodo comunitarios, tienen bajo sus administraciones velar por la salud de la población misma. Un punto importante es la accesibilidad geográfica, difícil para las mayorías en zonas de riesgo, y por ello la relevancia de acercar los servicios médicos a las comunidades.

Tabla 57. Procedencia de las usuarias del HEM (U/R)

Procedencia. (U/R)	Frecuencia.	Porcentaje %
Zona urbana.	0	0
Zona rural.	214	100
TOTAL.	214	100%

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

El 100 % corresponde a la zona rural de Corinto. No se registraron alojamientos procedentes de la zona urbana, esto obedece a que los habitantes de la zona urbana no requieren alojamiento; sin embargo ante la necesidad de atención, los servicios médicos están disponibles y accesibles.

INTERPRETACIÓN:

De 214 mujeres grávidas alojadas en el HEM, todas procedentes de la zona rural del municipio y de zonas adyacentes al área geográfica de influencia (AGI).

Importante es destacar que se aplican los conceptos que definen la naturaleza de estas estrategias, como estar destinadas hacia población de escasos recursos y con riesgo obstétrico y/o social. El municipio de Corinto, está conformado geográficamente por la zona urbana, con sus barrios y colonias. La zona rural está dividida en cinco cantones y sus caseríos. De todos los cantones proceden las usuarias; sin embargo muchas de ellas no son del área geográfica de influencia, y proceden de otros municipios adyacentes e incluso fuera del país (Honduras).

Tabla 58. Procedencia de las usuarias del HEM (Zona Rural)

Procedencia.	Frecuencia.	Porcentaje %
C. Corralito.	50	23
C. Laguna.	44	21
C. Hondable.	34	16
C. San Felipe.	25	12
C. Varia Negra.	11	5
Fuera del AGI.	50	23
TOTAL.	214	100%

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán

ANÁLISIS:

En la tabla 57 se resume la procedencia y se observa como la mayoría es originaria de cantón Corralito 50 (23%) usuarias, cantón Laguna 44 (21%), cantón Hondable 34 (16%), cantón San Felipe 25 (12%) y cantón varia negra 11 (5%). 50 de las 214 usuarias (23%), pertenecen a otro AGI. Las comunidades adyacentes que se

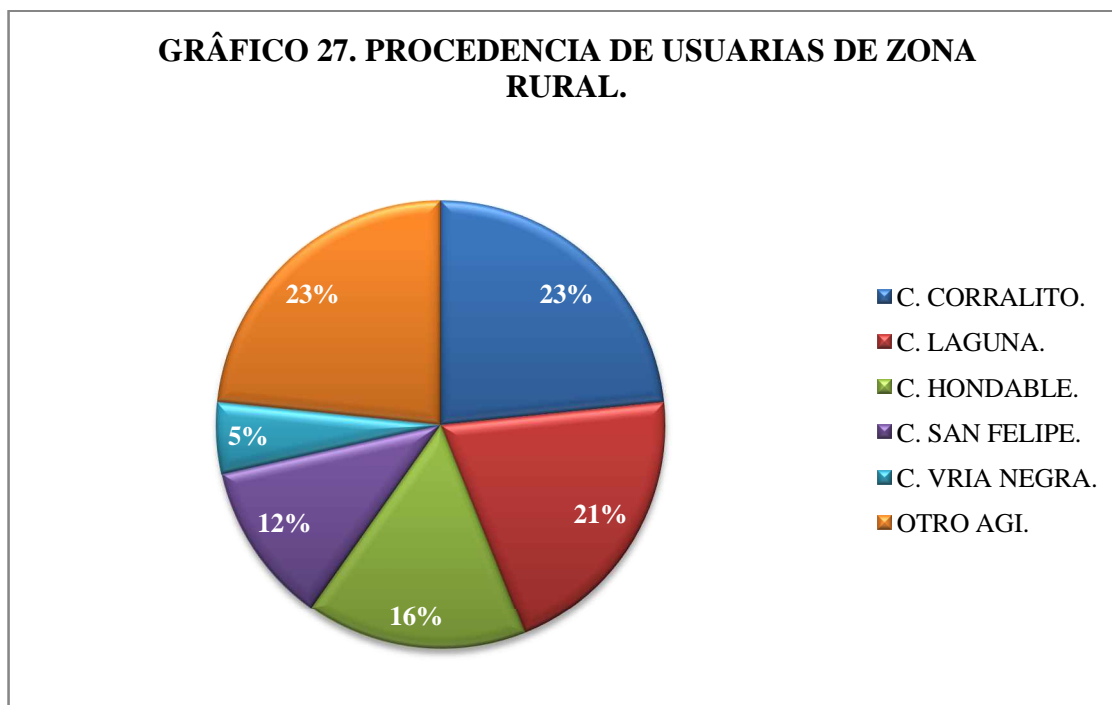
benefician del HEM son: Cacaopera, Sociedad, Lislique y zonas fronterizas de Honduras, entre otras.

INTERPRETACIÓN:

El hecho de que comunidades fuera del AGI estén haciendo uso del programa, pone en evidencia, que es un programa necesario, funcional y que amerita ser expandido a otros municipios con características similares. De igual forma se relaciona que las comunidades con mayor presencia de usuarias, son las mismas con mayor número de partos domiciliarios: la Laguna, Hondable y Corralito. Esta característica demuestra la complejidad de la zona y por ello la estrategia debe ser promovida constantemente.

El gráfico 27 hace una correlación porcentual de mucha importancia, destacando una parte de salvadoreños y extranjeros que reciben los beneficios de HEM. Una tendencia que amerita ser analizada a profundidad por los actores competentes, para un estudio de factibilidad de aperturar nuevos HEM en comunidades de riesgo. También obsérvese como las comunidades que tienen más usuarias alojadas, son las mismas que tienen mayor incidencia en parto domiciliar. Un hecho clave debido a que se está aprovechando los servicios proporcionados; sin embargo aun queda mucha intervención por realizar en estas comunidades.

GRÁFICO 27. PROCEDENCIA DE USUARIAS DE ZONA RURAL.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Tabla 59. Rangos de edad de las usuarias del HEM, Corinto. Agosto 2010 / 2011.

Rango (años)	Frecuencia.	Porcentaje %
13 a 19	65	30
20 a 35	121	57
36 a 43	28	13
TOTAL.	214	100%

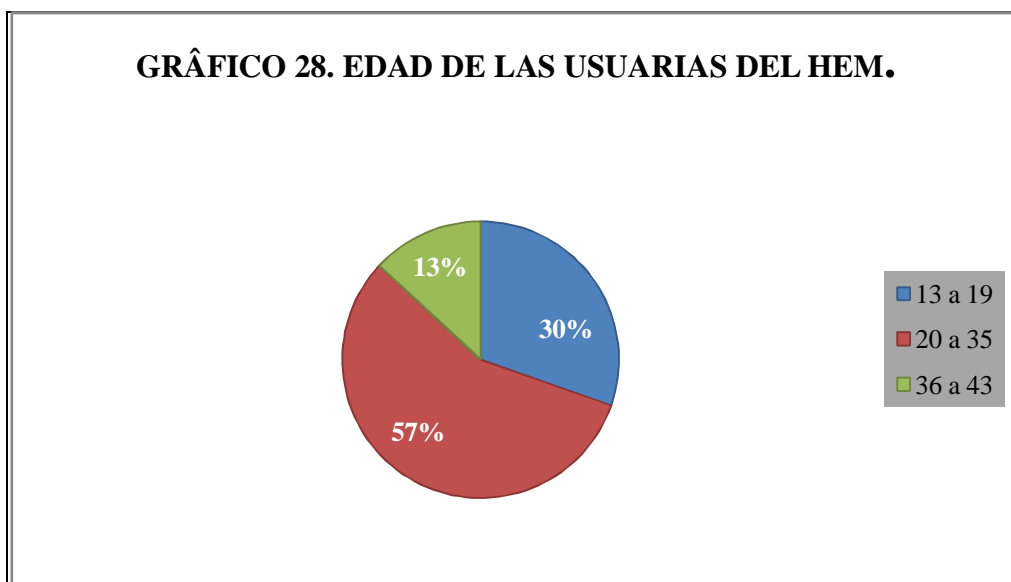
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

La edad de las usuarias se agrupó en series, de 13 a 19 años 65 usuarias (30%), 20 a 35 años 121 (57%) y 36 a 43 años 28 (13%).

INTERPRETACIÓN:

Se muestra como la mayoría de usuarias tiene una edad óptima para el periodo reproductivo; sin embargo dos grupos son especiales por los riesgos que enfrenta la mujer adolescente embarazada y el embarazo después de los treinta años (Al final de la etapa reproductiva). Ver gráfico 28.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Ya es conocido que los HEM buscan la reducción del riesgo obstétrico y por lo tanto las 214 mujeres embarazadas que fueron alojadas en el HEM durante el transcurso del estudio, debían de tener un motivo específico para ingreso al HEM. Las 214 usuarias fueron alojadas con el objetivo de monitorear los últimos días del embarazo.

Tabla 60. Condición para ser alojada en el HEM.

Condición.	Frecuencia.	Porcentaje %
Para parto hospitalario y/o morbilidad.	196	91
Puerperio mórbido.	18	9
TOTAL.	214	100%

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

De 214 alojamientos, el 91% (196) fue por motivo de espera de trabajo de parto con o sin morbilidad obstétrica, y el 9% por problemas en el puerperio.

INTERPRETACIÓN:

Los alojamientos se hacen en los días previos a la fecha probable de parto. La mayoría ingreso simplemente para monitoreo y traslado oportuno al Hospital, algunas de ellas también padecían algún tipo de morbilidad obstétrica, y un menor grupo por patologías propias de la primera semana del puerperio. Es de notar que se cumple con la finalidad de la estrategia, consistente en la atención del periodo perinatal.

Tabla 61. Paridad de las usuarias al momento de ser alojadas.

Gravidez (G)	Frecuencia.	Porcentaje %
G1.	68	32
G2.	51	24
G3.	29	14
G4.	19	9
G5.	14	6
G \geq 6.	33	15
TOTAL	214	100%

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se muestra como el 70% (148 usuarias) presenta una gravidez entre 1 a 3. El 11% (33 usuarias) entre 4 a 5. Relevante es mencionar que el 15% (33 usuarias) tiene más de 6 embarazos, y sumando los casos de 4 y 5 embarazos, se llega hasta un 30% de multiparidad descontrolada; deduciendo de ello que el índice de natalidad en nuestro país aun requiere de mucha intervención.

INTERPRETACION.

El número de embarazos tiene mucha importancia en el campo obstétrico. De ello depende en gran parte el plan de parto y riesgo relativo de complicaciones en el transcurso del tiempo gestacional. La nuliparidad genera incertidumbre en la mujer que está en su primera experiencia de embarazo y en el personal sanitario que debe identificar los factores de riesgo tempranamente; de igual forma la multiparidad conlleva

mayor riesgo obstétrico y por ello se clasificó a las usuarias de acuerdo a la gravidez presentada. El mayor número de embarazos y el espacio intergenésico corto potencializan el riesgo obstétrico. Obsérvese como la natalidad de la población estudiada esta fuera de control.

La amenorrea es el tiempo de embarazo de la usuaria expresado en semanas. El embarazo puede tener una duración variable, considerando un periodo gestacional de 40 más o menos 2 semanas como normal.

La morbilidad materna y perinatal está considerada que su periodo crítico en cuanto a eventos fatales y no fatales ocurre a partir de la semana 28 de gestación y la primera semana de puerperio. Esta característica especial es enfatizada en las estrategias en maternidad segura y hogares de espera materna a nivel mundial, y sus coordinadores (OMS, OPC, UNICEF Y UNFPA) constantemente estimulan a los países miembros a redoblar esfuerzos en la lucha de prevenirla. Por ello la relevancia de este estudio en cuanto al grupo de pacientes a ser evaluado (28 semanas a 7 días de puerperio).

A un año de funcionamiento el HEM ha albergado 214 usuarias, todas encontrándose dentro del margen establecido en los criterios de inclusión. Hasta la fecha de cierre de la investigación el ingreso más temprano ha sido a las 29 semanas y el más tardío a las 43 semanas. Se agrupó por semana específica con el objetivo de conocer el número exacto en cada semana objeto de estudio.

**Tabla 62. Amenorrea de las usuarias de Hogar de Espera Materna (HEM).
Corinto, agosto 2010 – agosto 2011.**

AMENORREA.	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	TOTAL.
28														0
29													1	1
30							1							1
31												1	1	2
32							1	1			1			3
33							1					1	1	3
34	1		1								1		1	4
35									1	1		1	2	5
36					1	1		1	1			5	3	12
37	2	2	1	1	3	3	4	4	3	1	5	3	1	33
38	2	7	1	4	5	9	4	2	3	6	5	12	8	68
39	5	6	5	4	3	6	5	2	1	3	1	1	7	49
40						1		2		2		1	1	7
41									1					1
42														0
43								1		1				2
A/D			1			1						1	2	5
TOTAL.	10	15	9	9	12	21	16	13	10	14	13	26	28	196
P1		2	1			3	3	3	3					15
P2														0
P3								1	2					3
TOTAL.	0	2	1	0	0	3	3	4	5	0	0	0	0	18
TOTAL.	10	17	10	9	12	24	19	17	15	14	13	26	28	214

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

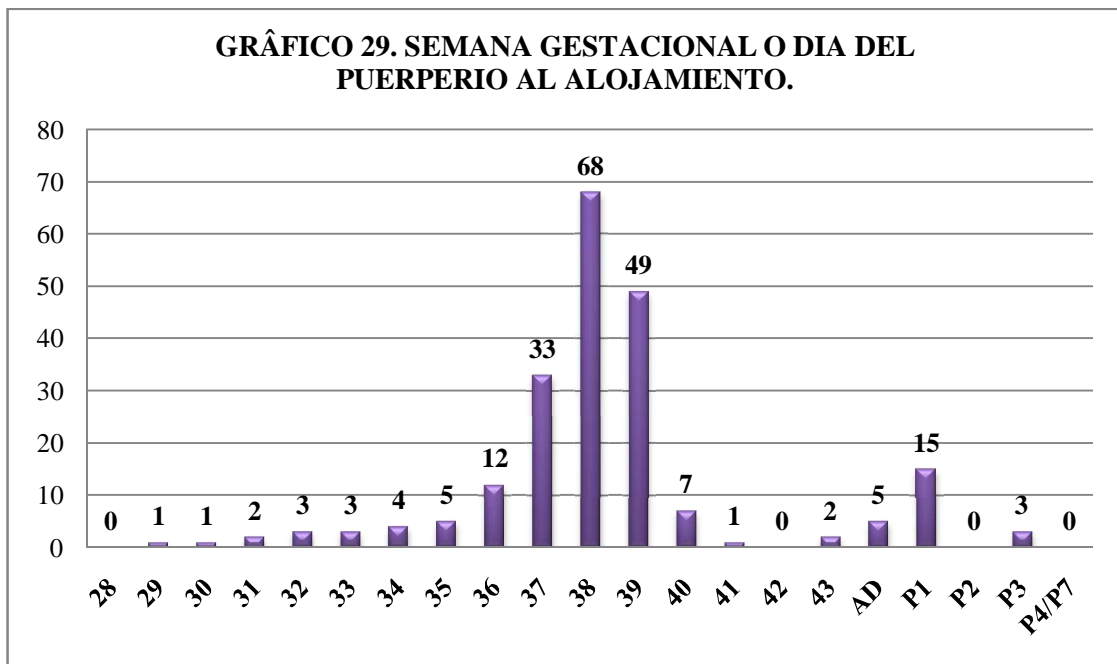
ANÁLISIS:

En la tabla se resume el número de usuarias en relación a la amenorrea presentada al momento de ser alojada en el HEM. Se partió de la semana 28 como estaba establecido en la metodología de estudio y el corte superior se realizó en la semana 44 donde no se tuvo casos. Obsérvese como la tabla está dividida en 2 secciones: la primera

clasifica a la usuaria en relación a la semana de amenorrea presentada desde la semana 28 hasta la 43. Se asignó una serie especial para aquellas pacientes que no fue posible determinar su amenorrea al momento de la admisión, un evento frecuente y que en el campo de la obstetricia se le conoce como amenorrea desconocida (AD). De agosto de 2010, fecha de inicio del programa evaluado se alojaron 196 usuarias gestantes y dentro de este grupo la mayoría de ingresos ocurrieron el periodo gestacional de la semana 37 a 39 (150 usuarias, 76%). Siendo la semana 38 la de mayor número de casos con 68 usuarias. Un número relativamente menor fue admitido con una amenorrea menor a 37 semanas y fue en estos casos donde el motivo específico es morbilidad o necesidad de exámenes), y de igual forma pacientes fueron alojadas después de las 39 semanas para esperar trabajo de parto y referencia en el momento adecuado y oportuno. La segunda sección de la tabla anterior registra los casos de usuarias alojadas en la primera semana de puerperio, las series se diseñaron por día de puerperio hasta el final de la primera semana. Los casos alojados después de la primera semana fueron excluidos de acuerdo a criterios establecidos en la metodología del estudio. Para fines prácticos en este documento se menciona como P1 a P7 en referencia al día de puerperio. Se registraron 18 alojamientos puerperales, estos casos son pacientes que cursaron con morbilidad y requieren seguimiento por personal médico o paramédico que vigile las indicaciones pertinentes y con ello anteponerse a situaciones adversas. En total las usuarias embarazadas o puérperas fueron 214.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos y mostrados en esta tabla y gráfico 29, revelan que se presentaron alojamientos desde la semana 29 de gestación hasta el tercer día de puerperio. Relevante esta información ya que permite mostrar por que la elección de este periodo en el estudio. Obsérvese como de la semana 29 hasta la 35 los casos son poco frecuentes, ya que el motivo de alojamiento es por situaciones especiales. De la semana 36 a la 39 se alojó al mayor número de usuarias y esto está en consonancia con el objetivo de la estrategia respecto al alojamiento en los días previos a la fecha probable de parto. Luego nótese como se presentaron alojamientos en el puerperio, no se registró ninguno después del tercer día; esto ratifica la importancia del periodo perinatal, en el cual surgen las principales complicaciones.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Con el objetivo de simplificar las tendencias en semanas de amenorrea y días de puerperio, se decidió agrupar en rangos de tres semanas y los días específicos de puerperio se registran en una sola categoría.

Tabla 63. Rangos de amenorrea en usuarias del HEM.

Edad gestacional.	Frecuencia.	Porcentaje %
28 a 30.	2	1
31 a 33.	8	4
34 a 36	21	10
37 a 39	150	71
40 a 42	8	4
≥ 43	2	1
Desconocida.	5	1
Puerperio.	15	8
TOTAL.	214.	100%

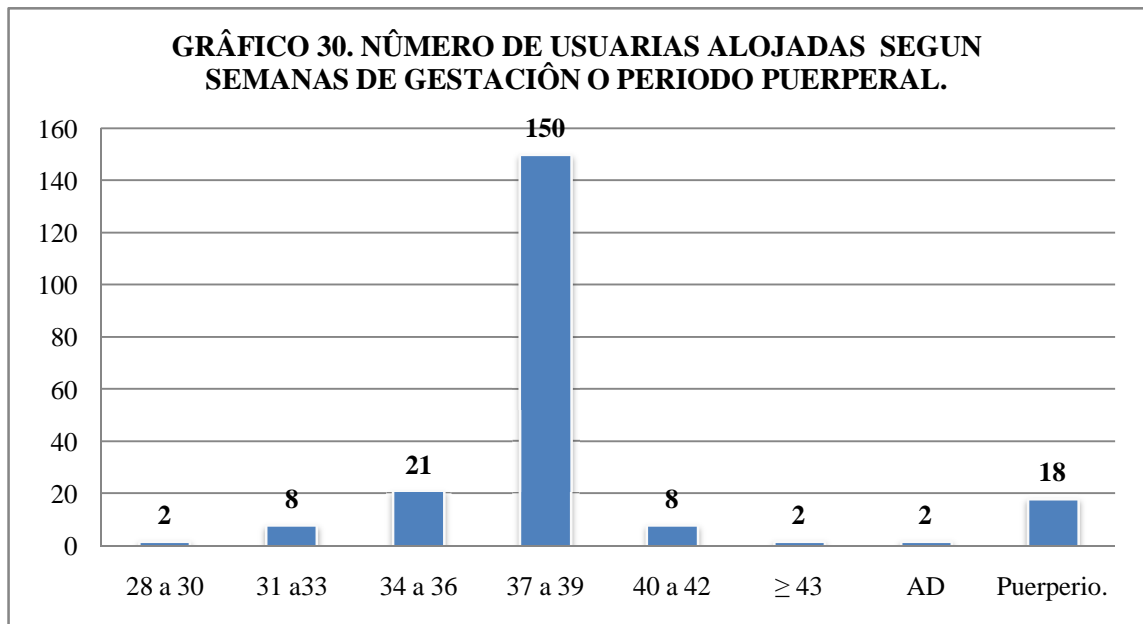
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

La tabla anterior y el gráfico siguiente, permite observar con mayor detalle el momento del alojamiento. 31 usuarias fueron alojadas antes de las 37 semanas (15 %), 150 alojamientos entre la semana 37 a la 39 (71%), 8 alojamientos después de la semana 39 (4%), 5 casos de amenorrea desconocida (1%) y 15 alojamientos puerperales (8%).

INTERPRETACIÓN:

Se puede dividir en tres periodos: el primero desde la semana 28 a la 36, donde los ingresos son por monitoreo de morbilidad, el segundo desde la semana 37 a la 42 donde la mayoría ingresa para parto institucional y periodo puerperal, por monitoreo de morbilidad post parto. Obsérvese que todo el periodo tomado en cuenta en la investigación tiene gran importancia en la atención de la mujer embarazada y puérpera.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Tabla 64. Vía de atención del parto.

Vía.	Frecuencia.	Porcentaje %
Parto abdominal.	43	20
Parto vaginal.	127	59
Dato desconocido a la fecha.	44	21
TOTAL.	214	100%

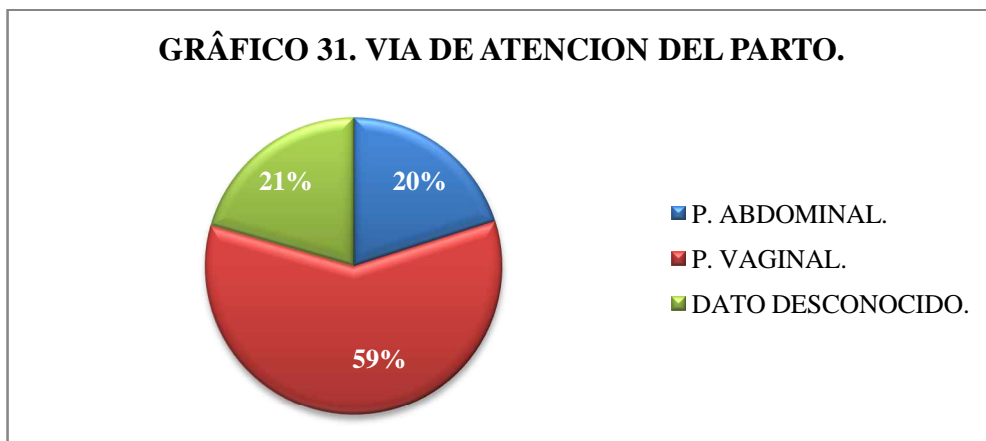
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

La vía de atención del parto se clasifica en parto vaginal considerado como normal y parto abdominal (cesárea en sus diferentes modalidades). La tabla anterior registra que de 214 usuarias alojadas el 20% el embarazo finalizó en parto abdominal (43 casos) y el 59% en parto vaginal (127 casos). Un 21%, equivalente a 44 casos no se había establecido a la fecha de cierre del estudio por no tener la información o por que la usuaria aun estaba embarazada.

INTERPRETACIÓN:

El objetivo obstétrico es la atención de parto oportuna y por la vía apropiada en relación a las características propias de cada mujer gestante. Predomina el parto vaginal respecto al abdominal; sin embargo cualquiera puede llevar a complicaciones fatales en manos inexpertas y con mayor relevancia los casos que requieren atención en niveles de gran complejidad. Un grupo significativo finalizó en parto abdominal, y por lo tanto la posibilidad de complicaciones para madre y / o hijo eran potenciales.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

La tabla 64 resume las indicaciones de cesáreas y el gráfico 32 refleja las tendencias porcentuales de las mismas.

El parto por vía abdominal tiene gran relevancia. Durante el control prenatal se deben monitorear signos precoces e identificar factores de riesgo asociados a la necesidad de parto abdominal. Este tipo de pacientes debe contar con la información adecuada, para identificar el momento oportuno para buscar la atención médica peri parto. Los riesgos que enfrenta una mujer embarazada que necesita parto abdominal y no consulta oportunamente pueden llevarle a un desenlace fatal.

Tabla 65. Indicaciones de cesárea en usuarias del HEM.

Causa.	Frecuencia.	Porcentaje %
Cesárea anterior (CA)	13	32
Sufrimiento fetal agudo (SFA).	12	30
Presentación podálica (PP)	6	15
Desproporción céfalo pélvica (DCP).	5	13
Inducción fallida (IF).	2	5
Presentación transversa (PT)	2	5
Embarazo múltiple (EM)	1	2
Desconocido (D)	3	7
TOTAL	43	100%

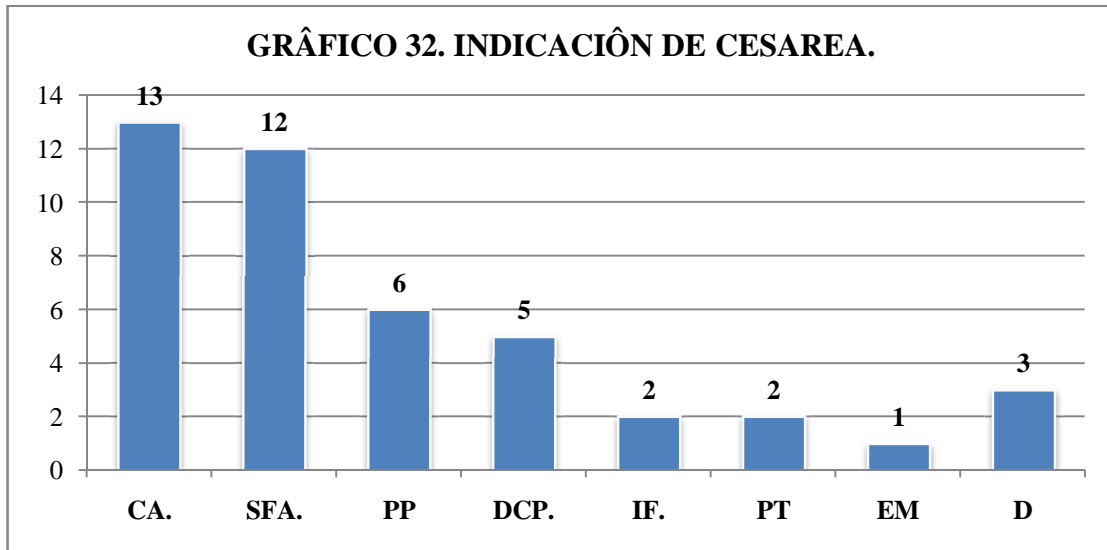
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

Obsérvese como de 214 usuarias 43 culminó su parto en cesárea (20% de todos los casos). La relevancia de esta variable radica en que la usuaria es alojada para ser monitoreada por personal capacitado y en cuanto a los eventos detectados, esta puede ser referida oportunamente a un centro de mayor complejidad. De no existir programas como el HEM, estas pacientes se quedarían en su casa o presentarían demoras en la búsqueda de atención y todo ello derivaría en riesgo de mortalidad materna y perinatal. El primero y segundo lugar en cuanto a frecuencia de indicación de cesárea corresponde a cesárea anterior y sufrimiento fetal agudo con 32 y 30% respectivamente, seguido de presentación podálica con 15%, desproporción céfalo pélvica 13%, inducción fallida 5%, presentación transversa 5% y embarazo múltiple 2%. Quedando un 7% pendiente de confirmación.

INTERPRETACIÓN:

Todas las situaciones mencionadas involucran alto riesgo obstétrico que genera amenaza de muerte materna y neonatal. Las políticas del HEM pretenden que este grupo de usuarias lleguen en el momento oportuno a manos de expertos. Todas las entidades mencionadas como motivo de cesárea pueden desencadenar en el transcurso de su evolución complicaciones que lleven a la muerte o discapacidad.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Tabla 66. Patología y/o problema más frecuente en las usuarias del HEM.

Patología.	Frecuencia.	Porcentaje %
Infección de vías urinarias (IVU)	12	39
Amenaza de parto prematuro (APP)	5	16
Oligohidramnios.	4	13
Preeclampsia (PE).	4	13
R.C.I.U	3	10
Polihidramnios.	1	3
Anemia materna.	1	3
Producto anencefalico.	1	3
TOTAL	31	100%

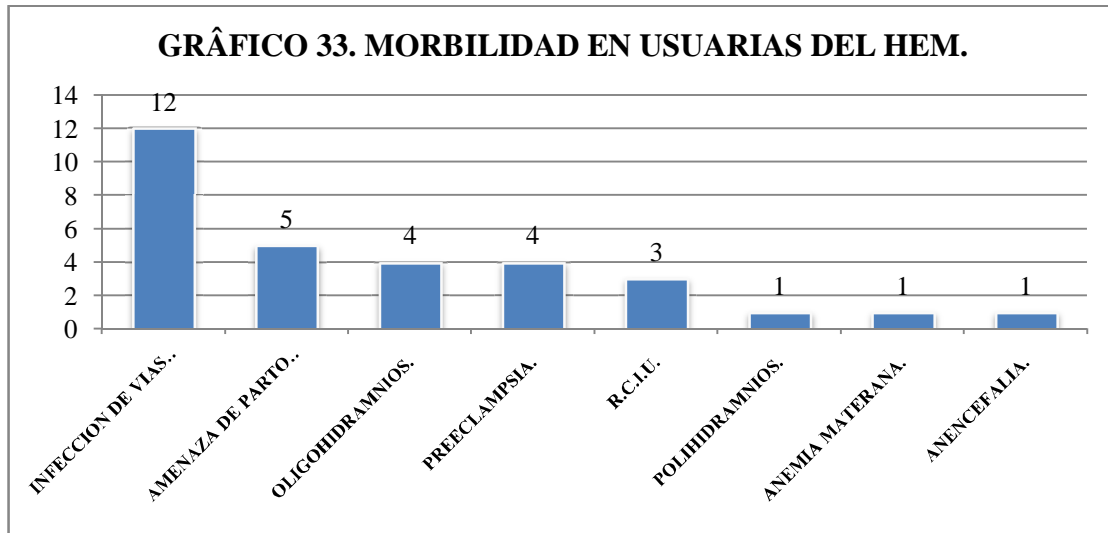
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

En muchos casos la usuaria ha sido alojada específicamente por patología, o durante la estancia en el HEM ha desarrollado morbilidad. Esta morbilidad se registra en la tabla anterior y gráfico siguiente. Se mencionan a continuación morbilidades propias de la mujer gestante o alteraciones en el desarrollo fetal que indirectamente afectan a la madre. Las gestantes alojadas entre las patologías presentadas están: infección de vías urinarias el 39% (12), amenaza de parto prematuro 16% (5), Oligohidramniospreeclampsia 13% (4) respectivamente, retardo del crecimiento intrauterino 10% (3), otras afecciones menos frecuente con el 9% (3) conjuntamente.

INTERPRETACIÓN:

Los padecimientos expuestos son verdaderas amenazas a la vida de la madre y su futuro hijo. La detección oportuna de estas afecciones mediante el monitoreo adecuado y oportuno es la prioridad de un sistema de salud. Una patología como las detectadas en el HEM, sin las medidas adecuadas es riesgo potencial de complicaciones y/o muerte.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

El tiempo de estancia de las usuarias en el HEM está muy relacionado a la amenorrea a la admisión, morbilidad presentada e inicio de trabajo de parto o reingreso después de haber verificado parto institucional.

Tabla 67. Tiempo de alojamiento en días, de usuarias en el HEM.

Estancia (días)	Frecuencia.	Porcentaje %
1	87	44
2	33	17
3	17	9
4	21	11
5	12	6
6	6	3
7	6	3
≥ 8	15	7
TOTAL.	197	100%

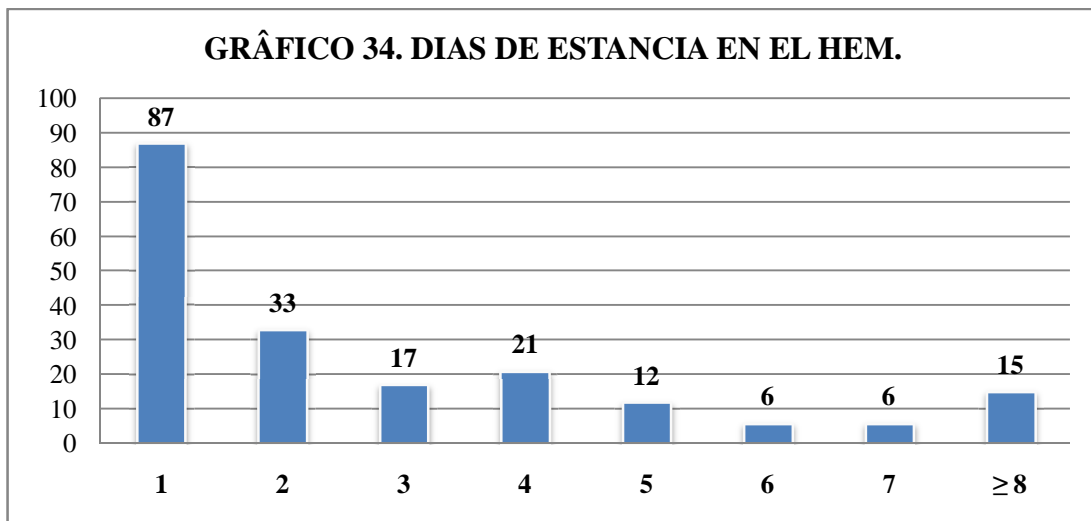
Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

En la tabla se resume el tiempo en días de estancia de cada usuaria en el HEM. La variabilidad está en relación al trabajo de parto o morbilidad y riesgo social, el 44% (87) de usuarias ha estado alojada por un día, 17% (33) 2 días, 9% (17) 3 días, 11% (21) 4 días, 6% (12) 5 días, 3% (6) 6 días, 3% (6) 7 días y un 7% (15) más de 7 días. Las usuarias que son alojadas por 1 a 2 días son la mayoría con un 61% del total.

INTERPRETACIÓN:

La relación de que la mayoría de usuarias solamente permanece un día en el HEM, es el mejor reflejo de la idea central de la estrategia. La operatividad consiste en alojar a la mujer embarazada en estado de salud óptimo y lo más cercano al parto posible, sin exponer la salud de la misma. El traslado deberá ser inmediato.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

El trabajo realizado en el HEM depende mucho en gran medida de las propias acciones realizadas, sin embargo este trabajo su éxito está íntimamente relacionado a la coordinación entre primer y segundo nivel de atención. El primer nivel debe coordinar oportunamente la referencia de la usuaria y el segundo nivel también debe ser cooperante e el proceso de retorno de las mismas. El buen funcionamiento del sistema garantiza la calidad del proceso de atención y de información entre las partes.

Tabla 68. Relación referencias y retornos de pacientes.

Referencias / retornos.	Frecuencia.	Porcentaje %
Referencias.	214	
Retornos.	68	32%
TOTAL.	214	

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

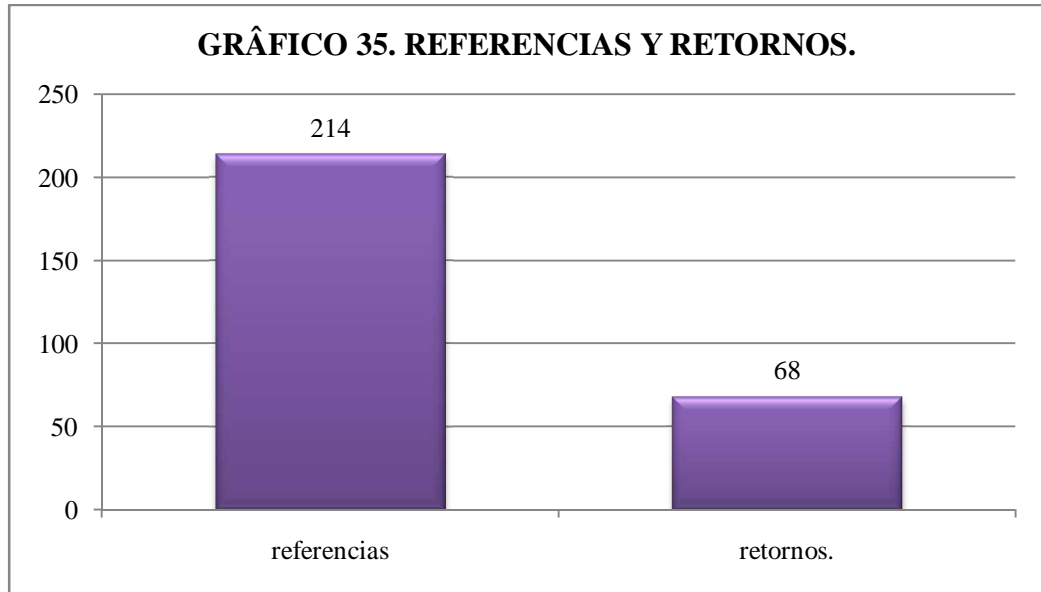
En la tabla muestra una correlación entre usuarias referidas a segundo nivel y retornos desde este hacia el HEM. El total de usuarias es referida en su momento al segundo nivel, solamente el 32 % (68 usuarias) ha sido retornadas.

INTERPRETACIÓN:

El sistema de referencias y retorno pretende generar continuidad y responsabilidad en la atención de paciente. A través de él se supera la fragmentación de

los servicios; y por ello el porcentaje de retornos recibidos debe ser el cien por ciento.

Ante ello debe buscarse métodos que garanticen el funcionamiento. Ver gráfico 35.



Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

Como se mencionó en otros apartados de este estudio durante todo el periodo de investigación (un año de funcionamiento del HEM), no se registró casos de mortalidad en el AGI respectivo. Un aspecto importante que tiene relación con todos los programas de salud pública, que promocionan la salud de la mujer embarazada, y el HEM es uno de ellos y por lo tanto mucho de este éxito puede atribuirse al HEM.

Tabla 69. Muerte materna en usuarias alojadas en el HEM

Relación.	Frecuencia.	Porcentaje %
Pacientes alojadas.	214.	
Número de muertes.	0	0
TOTAL.	214	0

Fuente: Registros de usuarias del HEM de Corinto, Morazán.

ANÁLISIS:

Del total de usuarias alojadas en el HEM, ninguna falleció.

INTERPRETACIÓN:

Importante y de mucho apoyo para esta estrategia resulta que en un año de estudio, ningún caso de muerte se registre. En esto estriba la importancia del monitoreo obstétrico, para anteponerse a la adversidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS DEL HEM.

La investigación es de tipo retrospectivo: la parte retrospectiva incluyó investigar la mortalidad materna, las estadísticas en atención de parto domiciliar e institucional dentro del AGI, y la caracterización de las usuarias del HEM, incluyendo los tres años previos. La parte prospectiva incluyó la continuación de la caracterización de usuarias hasta agosto de 2011, y realización de sondeo de opinión en empleados de salud y población mayor de 18 años en relación al programa HEM. No era posible obtener la opinión de todas las usuarias alojadas en el periodo de estudio en relación, de

hecho no se consideró un objetivo de la investigación. Para enriquecer el contenido de este trabajo se elaboró una ficha simplificada para mujeres que acudieron por diversos a la Unidad de Salud y que dentro sus antecedentes médicos se incluía alojamiento en el HEM en el mismo periodo de estudio. En total se incluyeron 61 ex usuarias.

El propósito fundamental y único fue que evalué la estancia en el HEM otorgándole una calificación cualitativa, y con ello poder anexar esta opinión a la revisión documental de las usuarias en el HEM, sobre el nivel de satisfacción de la atención recibida.

1. ¿Ha estado usted alojada en el HEM? SI/NO.En caso de si:
2. Tomando en cuenta los días de estancia y la atención recibida por el personal médico y paramédico del HEM. ¿Cómo calificaría usted al HEM?

Las opciones fueron las siguientes:

- A. Excelente.
- B. Muy buena.
- C. Bueno.
- D. Regular.
- E. Malo.

Los datos anteriores se muestran en la tabla 69 y gráfico siguiente.

Tabla 70. Nivel de satisfacción de usuarias que fueron alojadas en el HEM.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje %
Excelente.	43	70
Muy bueno.	11	18
Bueno.	3	5
Regular.	4	7
Malo.	0	0
TOTAL.	61	100%

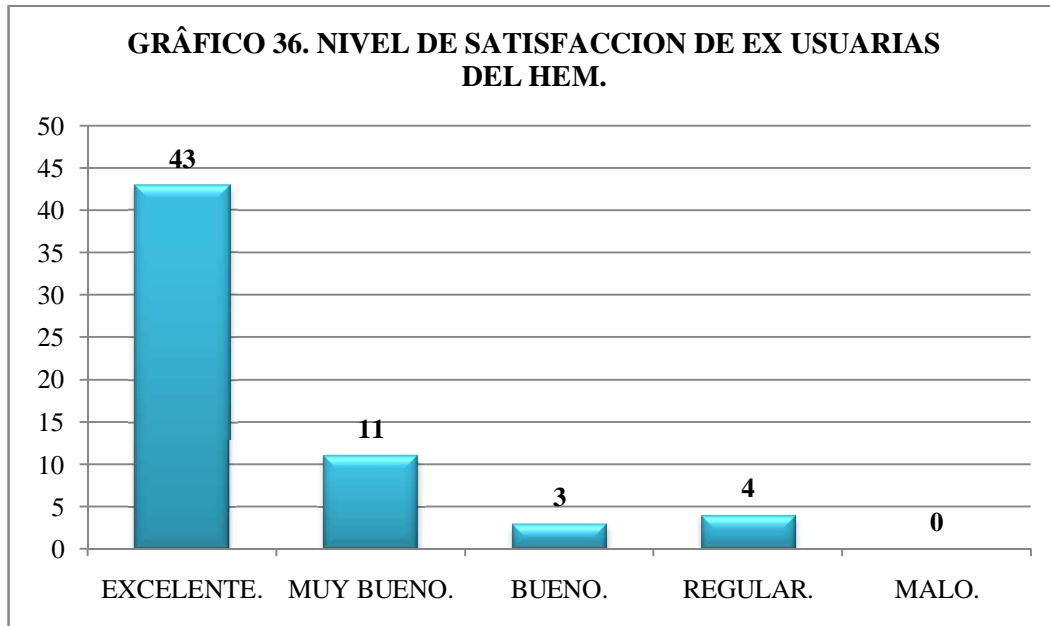
Fuente: Cedula de opinión a ex usuarias del HEM

ANÁLISIS:

Las 61 ex usuarias captadas al azar el 70% (43) califica a todo el proceso de atención el Hogar de Espera Materna como excelente, 18% (11) como muy bueno, 5% (3) como bueno y 7% (4) como regular. Ver gráfico 36.

INTERPRETACIÓN:

El desempeño del HEM es completamente aprobado por la población abordada. Destacando que no se obtuvo versiones malas de calificación. Esta comparación es de tipo cualitativa y no se puede extrapolar al 100% de las usuarias alojadas dentro del periodo de estudio, por considerarse pequeña la muestra y fuera de tiempo.



Fuente: Cedula de opinión a ex usuarias del HEM.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Finalizada esta investigación, los resultados obtenidos y analizados, en relación a las hipótesis planteadas son:

HIPÓTESIS GENERAL:

El Hogar de Espera Materna (HEM), que desde agosto de 2010 funciona en la zona de Corinto, departamento de Morazán ha contribuido de manera significativa, en los procesos de atención de la población de mujeres embarazadas, procedentes de las regiones rurales del municipio. La base que sustenta esta conclusión es la siguiente: en un año de funcionamiento atendió a 214 mujeres embarazadas o puérperas, todas procedentes de zonas con accesibilidad geográfica difícil, con o sin morbilidad

obstétrica, todas a partir de la semana 28 de gestación o dentro de los primeros 7 días de puerperio, referidas oportunamente al segundo nivel de atención para atención de parto, el índice de atención de parto institucional creció sustancialmente y por lo tanto la practica domiciliar ha disminuido de forma considerable, no se registró ningún caso de muerte materna en el tiempo que correspondió al estudio (agosto de 2010 a agosto de 2011). La población general que habita en el municipio le atribuye beneficios importantes del HEM a la mujer gestante, de igual forma los empleados de salud encargados de ejecutar el programa consideran importante el funcionamiento de esta institución.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Mortalidad materna local.

Durante el periodo de tiempo incluido en el estudio, no se registraron casos de muerte asociados al embarazo. En los años previos la mortalidad materna en el municipio registraba aproximadamente un caso por año. La ausencia de casos de muerte no puede ser atribuida exclusivamente a las intervenciones del HEM, debido a que este problema se ve influenciado por múltiples factores que en muchas ocasiones se escapan a las medidas de intervención primaria; sin embargo es gratificante que a un año no se produzcan muertes en este tipo de población.

Atención de parto.

La atención de parto domiciliario en la localidad era una práctica muy frecuente en los últimos 3 años previos a la implementación del HEM; constantemente se evidenció un descenso sostenido en el tiempo, sin embargo es hasta que inicia el trabajo del HEM, que esta tendencia se modifica de forma significativa. Con ello la atención de parto limpio y seguro (institucional) se ve fortalecida. Para el año 2007 que inicia el periodo observado el porcentaje de atención de parto domiciliario es del 32% y para el año 2011 es de 3%. Este dato es trascendental y es producto de los frutos que aporta la estrategia HEM.

Opinión popular, de empleados y usuarias del HEM.

El sondeo de opinión en población general (masculina y femenina), empleados de salud y usuarias de HEM, revela que este programa está contribuyendo de forma positiva en la atención de mujeres embarazadas de las zonas vulnerables y con ello disminuyen las complicaciones en esta población. Al mismo tiempo se resaltan algunas inconsistencias que hay que fortalecer.

6. DISCUSIÓN.

La investigación realizada demuestra que el HEM, ha contribuido de manera sustancial en beneficio de la población destinada para este programa (mujer embarazada), estos beneficios los perciben las usuarias, la población, y los empleados de la red de salud. La percepción de los participantes se correlaciona objetivamente con los resultados en morbilidad materna, mortalidad materna, alojamientos, nivel de satisfacción, referencias oportunas, atención de parto institucional, complicaciones obstétricas, educación y promoción en salud y accesibilidad a los centros de atención.

Metodología: Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal, que se desarrolla en el municipio de Corinto Morazán. Interviniendo en dos momentos en el tiempo: el primero observó mediante la revisión, descripción, interpretación y análisis de datos estadísticos el comportamiento o tendencias de los puntos finales primarios preseleccionados en relación a la metodología de la investigación; siendo estos mortalidad materna, atención de parto institucional y/o domiciliar, en los tres años que preceden a la implementación de la estrategia Hogares de Espera Materna (HEM), para establecer comparación con las tendencias existentes un año después de ser implementada la estrategia (2007 – 2011). Como una extensión o brazo del estudio se realizó la caracterización de la mujer embarazada que fue alojada en el Hogar de Espera Materna, en el periodo de un año de funcionamiento. El segundo

momento o escenario de investigación es de opinión popular y punto de vista del profesional responsable de la planeación, coordinación y ejecución del programa.

Dificultades: Los resultados obtenidos son del beneplácito de los investigadores, considerando que al final se logró dilucidar cada uno de las variables inmersas en las diferentes hipótesis. El estudio afrontó dificultades menores y fuera del control de los investigadores, pero que no tienen relevancia para la objetividad del estudio. Entre las dificultades del proceso se encuentran: **1)** las fichas de captación de usuarias no disponían de ciertas características personales de la usuaria. **2)** los registros en las alcaldías municipales de asentamiento de recién nacidos en general no está adecuadamente actualizado; esto por la demora de los padres de familia en registrar oportunamente a sus hijos; sin embargo este comportamiento ha sido histórico tanto en parto domiciliar como institucional y por lo tanto infiere en todo el periodo de estudio y fuera de él y no en un momento específico. **3)** por ser una investigación con carácter retrospectivo no fue posible capturar la opinión de las usuarias de HEM en el periodo de análisis, para solventar parcialmente el impase se optó por abordar a 61 ex usuarias (alojadas en el periodo estimado) seleccionadas a azar durante las visitas al centro de salud, para interrogarlas referente a la atención que recibieron durante su estancia y establecer un nivel de satisfacción de los servicios brindados. Estos resultados no se consideran globales ya que fue una cantidad diferente a la muestra del estudio y en tiempo diferido.

7. CONCLUSIONES

El estudio demostró que la población general (consultada) habitante en el AGI respectivo, la mayoría tiene algún nivel de referencia de la existencia y/o funcionamiento del HEM. Todos ellos palpan aportes de este a la salud de la población objetivo. Un grupo importante de los consultados no tiene información referente a la existencia del HEM. Esta situación no es sorprendente, pues está relacionada al nivel de promoción, los canales informativos, la receptividad de la población y el grado de adherencia a los programas educativos en los beneficiados.

Los HEM se implementan para romper barreras de inaccesibilidad a la atención médica. La distancia entre la unidad de salud y las diferentes comunidades rurales son agobiantes; entre 30 minutos para los más afortunados y 2 a 3 horas para las comunidades más distantes. Lo anterior deja claro que el HEM está adecuadamente instalado para acercarse a esa población en el momento indicado; que de lo contrario tendría que desplazarse hasta el Hospital más cercano para buscar atención médica o parir a sus hijos.

En pleno siglo XXI aun existe población que se inclina a favor de que sus hijos nazcan en su casa, por diferentes motivos. El 14% ve con buenos ojos la atención en casa. Este es una de las prioridades de las autoridades competentes para promocionar los servicios médicos y garantizar que estos sean de calidad. Estas prácticas son producto de

una compleja situación en desarrollo humano donde el pueblo ha sido víctima constante de la desigualdad social.

Los profesionales en las instituciones públicas siempre están limitados en recursos humanos y materiales (insumos). El estudio recoge la opinión del empleado, y este expresa (97% de las opiniones) que el programa aporta beneficios tangibles a la población destinada. Sin embargo aún queda mucho por mejorar, para hacer más eficiente el programa; mientras tanto el esfuerzo es continuo con lo disponible.

La mortalidad materna en los tres años previos (2007 a 2009) presentaba una tendencia baja; pero significativa, presentándose un caso por año (2008-2009), con alguna variabilidad entre ellos; sin embargo en los últimos 2 años no ocurrió muerte materna. Pero ¿podría este comportamiento asociarse a la implantación de la estrategia HEM? Los investigadores consideran que el tiempo es relativamente corto para establecer tendencias atribuidas a un programa específico, siendo esta conducta el resultado de todas las políticas que promocionan la salud; no obstante la influencia del HEM en las estadísticas es preponderante. Se necesitará seguimiento en el tiempo para establecer tendencias absolutas.

La atención de parto en el territorio sometido a evaluación, es uno de los indicadores más sensibles de la influencia de la estrategia HEM en los cambios encontrados. En todo el periodo de observado, ocurrieron 1678 partos, de ellos 1378 fue

institucional y 291 domiciliar. Las estadísticas en atención de parto demuestran que existió tendencia descendente y ascendente en cuanto a parto en casa e institucional respectivamente. A lo largo de 5 años el parto domiciliar se comportó de la siguiente manera: 2007 (114), 2008 (85), 2009 (51), 2010 (34) y 2011 (7). La tendencia es descendente en todo el periodo; sin embargo en el año 2010 y 2011 el cambio es significativo, existiendo una disminución por año de atención de parto domiciliar de 12% para el 2008, 5% para 2009; 6% para el 2010 y 6% para el 2011. Los resultados son producto de las políticas preventivas, y altamente influenciadas en el último año por el HEM.

Específicamente en el lugar de alojamiento los resultados son los siguientes: 214 usuarias, de ellas el 91% embarazada y el 9% en la primera semana de puerperio. Todas con procedencia rural, el 73% es del AGI y el 27% de otras comunidades. Todas cumplieron los criterios de inclusión, fueron alojadas por riesgo social y/o obstétrico. La edad predominante es de 20 a 35 años, sin embargo hay adolescentes y de edad reproductiva avanzada.

El 100% fue referido al segundo nivel en el momento oportuno, la vía de atención del parto fue 20% cesárea y 59% vaginal, un 21% pendiente de documentar en los registros del HEM. Las causas de cesárea fueron: cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, inducción fallida, posición transversa etc. La morbilidad encontrada fue de 14% (31 usuarias) de las usuarias, siendo esta: infección

de vías urinarias, amenaza de parto prematuro, Oligohidramnios y Polihidramnios, y anemia. No ocurrió muerte el HEM, ni fuera de este.

La evidencia muestra que todas las pacientes tenían características especiales en morbilidad, paridad, procedencia, antecedentes médicos y riesgo social. Por lo tanto los aportes brindados por el HEM a este grupo de población son cuantiosos y satisface las expectativas de usuarias y familiares, ya que de no existir este centro la población tendría que buscar por sus propios medios la atención necesaria, ocasionando demoras, discapacidades, parto domiciliar y en el peor de los casos muerte materna y neonatal. Los aspectos más destacados en la investigación fueron: baja ocurrencia de parto domiciliar, alta ocurrencia de parto institucional, ausencia de mortalidad materna, alto nivel de satisfacción de usuarios y población.

A nivel local no existen estudios previos respecto al funcionamiento de los Hogares de Espera Materna, por lo tanto no se puede relacionar los resultados. A nivel internacional esta estrategia se ha implementado en muchos países, sobre todo en aquellos con niveles significativos de pobreza. El impacto de este programa ha sido satisfactorio para los organismos internacionales como OMS, OPS, UNICEF etc. Sin embargo estos programas necesitan del apoyo interinstitucional, gubernamental, social y comunitario, existiendo una modalidad en su ejecución ajustable a las características de cada país. A nivel mundial se considera al HEM como una especie de radar dinámico y funcional adaptado según las características propias de las comunidades. Análisis de este

programa a nivel Latinoamericano, especialmente en Perú, Bolivia y Nicaragua, países donde esta modalidad en atención de la mujer embarazada esta avanzada, reflejan experiencias exitosas:” la estrategia de las Casas de Espera u Hogares Maternos se han constituido en una experiencia exitosa para enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, articulado a la adecuación cultural, la cual ha significado una estrategia muy valiosa para disminuir las barreras culturales y aumentar en forma sostenida la incidencia de parto institucional. Se consideran experiencias desarrolladas en otros ámbitos internacionales, que respondieron a las expectativas de la población de zonas de difícil acceso geográfico, movilizandorecursos de la comunidad, sector salud, organizaciones internacionales y proyectos”. Perú cuenta al momento con 337 casas de espera.

La investigación realizada debe servir a las autoridades competentes, para hacer un análisis de los resultados y fortalecer las deficiencias, extender los programas a conveniencia de la población y el estudio dará la pauta para futuras investigaciones que revelen datos más extensivos del funcionamiento del HEM.

Las conclusiones de la investigación de acuerdo a cada apartado establecido en la metodología.

OPINIÓN DE LOS HABITANTES DE CORINTO RELACIONADA AL HOGAR DE ESPERA MATERNA.

El 73% de la población general mayor de 18 años, consultada para emitir opinión referente al Hogar de Espera Materna (HEM), proceden de la zona rural del municipio. Dato relevante teniendo a consideración que son estas comunidades, las que aportan mayor incidencia de muerte materna y perinatal y parto domiciliario y por ello donde más intervención debe orientarse.

El 89% de toda la población consultada en este estudio es género femenino. La importancia de esta estadística se fundamenta en el hecho de que la estrategia Maternidad Segura, a través de la implementación de los HEM, su población destino es la mujer embarazada o puérpera, para disminuir las tasas nacionales y mundiales de morbilidad materna y perinatal.

Solamente el 16% de la población consultada tiene un nivel de escolaridad por encima de la educación básica (9 grado), y un 29% está en analfabetismo. Factores muy influyentes en la sociedad referente a la salud reproductiva y seguridad de la familia Salvadoreña.

La mayoría de la población participante (59%) tenía algún grado de conocimiento sobre la existencia del HEM. De igual forma el 100% de la población que conoce la estrategia HEM, considera que esta aporta beneficios importantes a la salud de

las mujeres embarazadas y sus hijos, salvaguardando la vida del binomio madre-hijo. Brindando atención médica, educación y sobretodo seguridad a la mujer gestante.

La distancia entre las comunidades rurales y la ciudad de Corinto, donde están instalados los centros de atención médica es una de las mayores incertidumbres de sus pobladores; mayor es la dificultad si se necesita viajar hasta el Hospital más cercano. Algunos pobladores dedican hasta 2 a 3 horas caminando para poder llegar a un centro de salud. Estas características obligan a establecer estrategias y enlaces entre comunidad y sistema de salud, a través del primer nivel de atención y este establecer la coordinación adecuada con los niveles de mayor complejidad para garantizar la atención médica con calidad y calidez.

La mayoría de la población consultada (84%) considera que la practica sanitaria de la atención de parto en instituciones de salud, es la mejor opción para la seguridad de las madres y sus hijos. Esto es producto de todas las estrategias establecidas que promueven la atención primaria en salud, y que en años recientes se ha sumados la iniciativa Maternidad Segura a través de los HEM.

A pesar de las constantes intervenciones que promocionan el parto limpio y seguro (institucional), aun existe cierto grupo poblacional que pone la vida de las mujeres y sus hijos a la suerte, teniendo sus hijos en casa y sin las garantías mínimas necesarias.

El 94% de la población se mostró flexible a permitir que familiares suyos dispongan de los beneficios aportados por el HEM, en caso de ser requeridos. Si bien es cierto este dato es alegador, mas importante es que el 6% de ellos no muestra disponibilidad, aduciendo razonamientos equivocados, y es en estos pequeños grupos donde ocurre la complicación que amenaza la vida de madres e hijos.

OPINIÓN DE LOS EMPLEADOS DE LA MICRORRED DE SALUD CORINTO EN RELACIÓN AL HEM.

El personal sanitario en la microrred de Corinto, si bien es cierto que ha sido reforzado con nuevos elementos y programas, necesita mayores recursos humanos y materiales para funcionar adecuadamente y de acuerdo a las exigencias y a lo esperado.

La mayoría del personal (97%) observa los beneficios o bondades que la implementación del HEM ha llevado a la población en las diversas comunidades. También digno de mención es el hecho de que se está consciente que la labor realizada es buena; pero que necesita mejorarse continuamente. Para ello se necesita reforzar la parte actitudinal, tanto de personal sanitario, como de la población misma y el apoyo gubernamental y de sectores sociales.

Uno de los aspectos más relevantes arrojados por este estudio, es referente a la coordinación o enlaces establecidos entre primer nivel de atención medica y segundo nivel. Solo el 50% considera que existe una coordinación adecuada, no así el resto que

considera el punto como regular o mala. Un aspecto digno de las mayores consideraciones para salvaguardar el bienestar laboral y sobretodo la vida de mujeres embarazadas y sus hijos.

MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE CORINTO.

El departamento de Morazán es uno de los que se ha visto mayormente afectado por mortalidad materna todos los años. De igual importancia es decir que el municipio de Corinto y específicamente las zonas rurales en los últimos años se ha producido muertes maternas.

El municipio en sí, apporto el 9% de mortalidad materna en los cinco años de estudio registrando un caso en 2008 y 2009 respectivamente. No se registraron casos a partir de 2010.

La mortalidad materna ha estado controlada en los últimos dos años (2010 y 2011), sin registrar casos hasta el momento. Si bien es cierto que el tiempo de estudio, es muy corto como para atribuir en su totalidad este comportamiento en tendencias de mortalidad materna al HEM, es claramente deducible que la estrategia está funcionando y necesita ser estimulada y vigilada constantemente para registrar sus debilidades y fortalezas que de pie a oportunidades de mejora en cuanto a gestión de calidad.

En cuanto a la mortalidad materna propia del municipio el 50% en los últimos cinco años se ha presentado en las comunidades rurales. Este dato refleja la iniciativa a seguir, consistente en acercar los servicios médicos preventivos a las comunidades.

ATENCIÓN DE PARTO DOMICILIAR E INSTITUCIONAL.

Este es uno de los objetivos que mejor representa la influencia del HEM. Considerando que uno de los objetivos de la estrategia es contribuir a la atención de parto limpio y seguro, preferentemente institucional.

La incidencia de parto domiciliario en los cinco años del estudio presentó tendencias descendentes, con fluctuaciones importantes; pero sin asociación a un programa específico. Desde que se implementa el HEM en la zona el parto domiciliario desciende significativamente hasta cifras nunca antes vistas. En el año 2007 la incidencia de parto en casa era del 32%, 2008 (20%), 2009 (15%), 2010 (9%) y 2011 (3%).¹⁶

La disminución en la incidencia de parto domiciliario y por lo tanto la mejoría en incidencia de parto limpio y seguro, no puede ser solo atribuida a los programas desarrollados en el HEM; pero el cambio sustancial provocado a partir de agosto de 2010 hasta la fecha es influencia absoluta de las intervenciones ahí realizadas.

CARACTERIZACIÓN DE USUARIAS DEL HEM CORINTO (AGOSTO 2010/AGOSTO 2011).

Desde su implementación 214 embarazadas se alojaron por diversos motivos en el HEM. Todas entre las 29 semanas y los 3 primeros días de puerperio. Las tendencias en alojamiento muestran como la población de mujeres embarazadas cada vez mas hacen uso del HEM. Esta tendencia está claramente con el nivel de promoción de los servicios proporcionados.

El 100% de usuarias proceden de áreas de difícil acceso en las zonas urbano marginales y rurales. Esta estadística respalda las acciones, y políticas del programa, debido a que el HEM está cumpliendo los objetivos para lo cual fue creado.

El 73% de las usuarias albergadas en el periodo de estudio procede del AGI Corinto. El 17% procede de fuera del AGI, algo relevante porque esto hace alusión que otros municipios aledaños son candidatos a la implementación de estos programas.

El 30% de las embarazadas es adolescente. De gran importancia resulta este resultado, ya que de por si el embarazo por su naturaleza misma trae potenciales riesgos y a esto se suma la edad temprana y en muchos casos corresponden a madres solteras y sin apoyo de la familia.

El 100% de usuarias el motivo de alojamiento es para prevenir riesgo obstétrico. Se aloja para esperar en momento oportuno para ser referida al Hospital Nacional de San Francisco Gotera, con o sin trabajo de parto. Todas por riesgo obstétrico y/o social.

Fiel reflejo de la familia salvadoreña es la paridad de las usuarias. El 30% tiene más de 3 hijos, volviendo más compleja la situación en sus diferentes escenarios. La investigación arrojó resultados esperados. El HEM trabaja en dos fases: antes y después del embarazo; y en este caso el 91% de alojamiento es por embarazo y el 9% en periodo puerperal.

La vía de atención del parto, es una de las variables de mayor relevancia en obstetricia. Un parto normal tiene riesgo potencial de complicarse, mas tendrá cuando sea por vía cesárea. Una mujer embarazada dispuesta a tener a su hijo en casa en estas situaciones tiene riesgo potencial de complicarse.. El estudio refleja que el 20% el embarazo se resolvió por vía abdominal.

Los HEM, también son entes vigilantes de la patología obstétrica. Esta puede estar presente al momento de ser alojada o desarrollarse durante la estancia en el HEM e incluso después del parto. Estos eventos son los objetivos de la maternidad segura. En este estudio el 14% de usuarias cursó con morbilidad.

Se da por entendido que el 100% de usuarias alojadas en el HEM, es referido al segundo nivel de atención, en diferentes momentos, cuando la usaría lo amerite y por los medios existentes. En este periodo solamente existe el 32% de retornos al HEM; punto que merece la atención para hacer, más eficiente el programa (flujo de información).

No se ha registrado mortalidad materna en el AGI dentro del periodo observado. Esta tendencia es altamente influenciada por la implementación del HEM; pero no absoluta, pues existen otras políticas preventivas que persiguen los mismos objetivos.

El 93% de un subgrupo de ex usuarias del HEM, aprueba completamente la atención que se brinda en el HEM. Un 7% lo cuestiona. (Opinión de 61 usuarias fuera de la metodología original de la investigación).

8. RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones están orientadas de acuerdo a cada apartado establecido en la metodología.

OPINIÓN DE LOS HABITANTES DE CORINTO RELACIONADA AL HOGAR DE ESPERA MATERNA.

Reforzar los programas de promoción de la estrategia HEM, en las comunidades constantemente, para que cada vez más su población la conozca y se beneficie de sus aportes a la salud.

Establecer o fortalecer los enlaces entre el HEM y los sectores sociales en las comunidades, sobre todo en aquellas con mayor dificultad de acceso. Para garantizar que la salud de la mujer embarazada tiene un respaldo institucional y social.

Fomentar las actividades que promuevan la atención de parto limpio y seguro.

Incentivar a la población en general a hacer uso del HEM, cuando la persona o un familiar requieran de sus servicios.

OPINIÓN DE LOS EMPLEADOS DE LA MICRORED DE SALUD CORINTO EN RELACIÓN AL HEM.

Reforzar constantemente el apoyo gubernamental, a través de las autoridades competentes, para que estas estrategias sigan mejorando y brindando el fruto esperado, y con ello contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Fomentar el desarrollo social en las comunidades con actividades de promoción de los servicios médicos e involucramiento de los sectores sociales para responsabilizarse de su propia salud y la de sus familias.

Establecer mecanismos o mejorar los existentes, en relación al sistema de referencia y retorno, para evitar inconsistencias que puede desencadenar una complicación a la mujer gestante.

MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE CORINTO.

Mejora constante de la calidad de servicios de atención medica preventiva, curativa y de rehabilitación.

Fomentar las estrategias cuyo objetivo es romper las barreras de la inaccesibilidad entre población que demanda servicios e instituciones proveedoras de los mismos.

Extender esta estrategia a otras zonas que producto de análisis de factibilidad se considere necesario para el beneficio de sus habitantes.

Incentivar al personal de salud de la micro red de Corinto a continuar su ardua labor en beneficio de las mujeres embarazadas y sus hijos.

ATENCIÓN DE PARTO DOMICILIAR E INSTITUCIONAL.

Capacitación y promoción continúa en programas que beneficien los índices de desarrollo humano como natalidad, morbilidad, y mortalidad controlada y esperanza de vida en la población.

Promocionar constantemente la atención de parto limpio y seguro (institucional).

Educación a la familia sobre riesgos atribuibles a la atención de parto domiciliar.

Implementar, actualizar y ejecutar las guías de plan de parto para reforzar la iniciativa maternidad segura.

CARACTERIZACIÓN DE USUARIAS DEL HEM CORINTO (AGOSTO 2010/AGOSTO 2011).

Promoción continúa a nivel local de los servicios del HEM

Establecer enlaces con las comunidades, para incentivar a estas en cuanto a responsabilizarse por su propia salud.

Mayor apoyo gubernamental y no gubernamental al HEM, para continuar su buena labor y mejorar constantemente.

Analizar la conveniencia de implementar centros como estos en otros municipios. Esto por observar que personas fuera del AGI son alojadas en el HEM.

Promover la salud reproductiva con enfoque de género, para disminuir la incidencia de embarazo en la adolescencia y la natalidad descontrolada e irresponsable.

Capacitación continua del personal encargado del monitoreo de usuarias; para que sean capaces de detectar oportunamente las complicaciones y evitar demoras y muertes.

Suplir estas instituciones con los insumos necesarios para reaccionar eficientemente ante las complicaciones o morbilidad obstétrica.

Mejorar la logística en referencias y retornos. Salvarle la vida a la madre y su hijo debe ser el propósito principal de las acciones; pero esto debe reflejarse en un buen sistema estadístico de información bidireccional.

Analizar la causa de porque aun con el programa establecido continúa ocurriendo parto domiciliario en las mismas comunidades. Ejemplo de ello cantón laguna. La identificación de este comportamiento permitirá hacer planes de mejora de la calidad.

9. REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS

1. Rafael Cortez, Ariadna García Prado, Han Kok y Carmen Largaespada. “las casas maternas en Nicaragua. <http://sisteressources.worldbank.org/INTLACREP> TOPGENDERINSPA RESOURCES/cuadernos4casas_maternas.pdf. 01 de abril de 2011.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Marzo 08. Guía para la operativizacion de la estrategia “Hogares de Espera Materna”. Asp.mspas.gob.sv/.../pdf/guía/Guia_operativizacion_hogar_materna. Pág. 1 pdf. 25 de marzo de 2011.
3. X. López Álvarez, A. Martínez Vidal. Embarazo guías clinicas2005; 5 pág. 1, centro de atención familiar. España. www.fisterra.com. 10 de junio del 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1996. Departamento de investigación y salud reproductiva. pág. 6, 10 de junio de 2011.
5. Elena Pearl Ben Joseth. Tratado de G-O y Friede A, Hogie Obstetricia y Ginecología 1887. “características generales durante el embarazo”. 23 de mayo de 2011.

6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Marzo 08. Guía para la operativización de la estrategia “Hogares de Espera Materna”. Asp.mspas.gob.sv/.../pdf/guía/Guia_operativizacion_hogar_materna:Pag. 8. pdf. 25 de marzo de 2011.
7. WorldHealthReport 2008. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Pdf pág.1 6, 23 de mayo de 2011.
8. OMS, UNICEF, UNFPA, WORLDBAK, Pdf. Mortalidad Materna en 2005. Estimaciones. Pag.20. 23 de mayo de 2011.
9. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009.pdf pág. 10. 23 de mayo de 2011.
10. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011.pdf pág. 20. 23 de mayo de 2011.
11. www.unicef/peru Lima Perú. maternidad segura, pág. 11 pdf. 23 de mayo 2011.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los 10 pasos hacia una MSCF, Marzo de 2011. 23 de mayo de 2011.

13. WHO/MPS. Departamento de Reducir Riesgos del embarazo. Organización mundial de la salud 2010. Pág. 10. 25 de mayo de 2011.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Marzo 08. Guía para la operativización de la estrategia “Hogares de Espera Materna”. Asp.mspas.gob.sv/.../pdf/guía/Guia_operativizacion_hogar_materna. Pág. 12 pdf. 25 de marzo de 2011.
15. ACEMCOR. Estatutos de Asociación de Casa de Espera Materna Corinto. Capítulo III. 25 de marzo de 2011.
16. Libro de registros de parto institucional y domiciliario de la Alcaldía municipal de Corinto, Morazán.



ANEXOS

ANEXO N°1

Boleta N° _____

Ficha colectora de datos, proceso de graduación 2011. Hogares de Espera Materna (HEM) Corinto, Morazán. 1			
Edad. _____	Procedencia _____	sexo: m__	f__
escolaridad. _____	Religión. _____	Estado	
civil. _____	ocupación: _____		

Encuesta dirigida a población general mayor de 18 años de edad, y funcionarios (as) públicos del municipio de Corinto, Morazán.

Objetivo: captación de opinión pública respecto a los aportes originados con la implementación de la estrategia Hogar de Espera Materna en Corinto, Morazán.

Leer completamente y contestar cada pregunta con bolígrafo de color azul o negro. En caso de incompreensión de la pregunta formulada o dificultad para la lectura o escritura el entrevistador podrá intervenir.

¿Ha escuchado usted sobre las casas de espera materna?: SI: ____ NO: ____

¿En caso de sí, que sabe?

¿Considera usted, que este tipo de programas trae beneficios a la población?:

SI. ____ NO. ____ ¿por qué?

¿Le es difícil a usted o a su familia llegar desde su casa hasta un centro de salud:

SI. ___ NO. ___. En caso de si ¿Qué tanto?

¿Considera usted necesario, que haya más Hogares de Espera Materna?

SI: ___ NO: ___. En caso de si ò no ¿Por qué?

¿Qué opina usted, sobre la atención de partos domiciliarios?

¿Qué opina usted, sobre la atención de parto institucional?

¿Qué beneficios ha traído la implementación del Hogar de Espera Materna a la población gestante del municipio de Corinto?

¿Si fuese necesario, que usted o un familiar ya sea su esposa (en caso de hombre) permaneciera alojada en el Hogar de Espera Materna. ¿Estaría usted de acuerdo?

SI: ___ NO: ___ En caso de no, ¿Por qué?

¿Alguien de su familia ò conocido ha hecho uso de los HEM? SI o NO.

En caso de sí. ¿Quién?

ENTREVISTA A POBLACIÓN GENERAL DE CORINTO, MORAZÁN.



Ficha colectora de datos, proceso de graduación 2011. Hogares de Espera Materna (HEM) Corinto, Morazán. 2

Nombre: _____ **edad:** _____

Profesión: _____ **cargo:** _____ **lugar de trabajo:**

Cuestionario dirigido al personal de salud que directa o indirectamente está relacionada con la operatividad del Hogar de Espera Materna en el municipio de Corinto, Morazán.

Objetivo: captación de opinión respecto a los aportes originados con la implementación de la estrategia Hogar de Espera Materna en Corinto, Morazán.

Leer completamente y contestar cada pregunta con bolígrafo de color azul o negro. En caso de incompreensión de la pregunta formulad el entrevistador podrá intervenir.

¿Qué opinión tiene del Hogar de Espera Materna?

¿Desde cuándo funciona el Hogar de Espera Materna en Corinto?

¿Qué características tienen las pacientes que son alojadas en el Hogar de Espera Materna?

Desde qué inició este programa. ¿Considera usted que ha traído beneficios? SI o NO.

En caso de SI, ¿Cuáles?

Antes de contar en la localidad con un Hogar de Espera Materna. ¿Qué tipo de dificultades se tenía con este tipo de pacientes:

A su criterio. ¿Qué se debe mejorar en este Hogar de Espera Materna?

¿Considera usted, que la población está aprovechando este tipo de programa: SI o NO.
(En cualquiera de los casos). ¿Por qué?

¿Ha tenido algún caso de rechazo, por parte de las usuarias? SI o NO. En caso de sí.
¿Por qué?

¿Recomendaría usted, la apertura de otros Hogares de Espera Materna en esta localidad?
SI o NO. En cualquiera de los casos. ¿Por qué?

¿Existe buena coordinación con el segundo nivel de atención? SI o NO
En caso de NO, ¿Por qué?

La atención que brinda el HEM y la facilitación de los servicios a la población. ¿Qué calificación asignaría usted? Excelente, muy bueno, bueno, regular o malo.

**ENTREVISTA A PERSONA DE U. DE SALUD Y HEM DE CORINTO,
MORAZÁN. 2**



ANEXO N°3

Boleta N° _____

Ficha para captación de información de usuarias del Hogar de Espera Materna de Corinto

Morazán.

Objetivo:

Recolección de datos personales e historial médico de las usuarias del HEM para interpretación y análisis de las variables evaluadas.

A. Datos de identificación:

Nombre: _____

Edad: _____ Procedencia: _____

B. Datos específicos de alojamiento:

1. Paridad: _____

2. Edad gestacional: _____

3. Motivo del alojamiento: _____

4. Complicaciones presentadas: _____

5. Vía de evacuación del parto: _____

6. Necesidad de referencia: SI _____ NO _____ En caso de SI, ¿destino?

7. Días de estancia: _____

8. Muerte: SI _____ NO _____ en caso de SI, ¿causa?



ANEXO N°4

Formulario para captación de parto institucional y domiciliar, en el municipio de Corinto Morazán.

Objetivo: Recopilación de datos respecto a la natalidad durante el periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011.

Mes.	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	TOTAL.
Domiciliar.														
Institucional.														
Total.														

	2010.
	2011.

PROCEDENCIA PARTO DOMICILIAR.

Lugar de procedencia.	Número	Porcentaje %	Total
Cantón laguna			
Cantón Corralito.			
Cantón San Felipe			
Cantón Varia negra.			
Cantón Hondable			
Zona urbana.			
Total			

Fuente: alcaldía municipal de Corinto, Unidad de Salud de Corinto.



ANEXO N°5

Corinto, Morazán, 10 de abril 2011.

Para:

Dra. Luzmila Tatiana Argueta Monterroza

(Directora de Unidad de Salud y Hogar de Espera Materna, Corinto, Morazán)

Objetivo: solicitud de permiso para la realización de trabajo de investigación en el Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, Morazán.

Reciban cordiales saludos y que todos sus esfuerzos rindan el éxito esperado.

La presente nota tiene como objetivo solicitar ante ustedes, se nos otorgue permiso para realizar trabajo investigación en el Hogar de Espera Materna, del municipio de Corinto, Morazán. La investigación que nos proponemos desarrollar tiene la finalidad, el desarrollo de nuestro proceso de graduación (tesis doctoral) para optar al grado académico de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador.

El tema de tesis es el siguiente:

“Valoración del Hogar de Espera Materna, en relación a la morbi-mortalidad, en mujeres embarazadas, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana post-parto atendidas en el municipio de Corinto durante el periodo de agosto 2010 hasta agosto 2011”.

Para ello necesitaremos acceso a las instalaciones, revisión de documentos y entrevistas al personal involucrado en el funcionamiento de la institución.

No omitimos manifestar que los resultados podrán ser analizados y puestos a disposición del ministerio de salud para el uso pertinente.

En espera de una resolución favorable a nuestra petición, atentamente.

Br. JackellineLissbeth Flores Hernández.

Br. José Javier Moreno Álvarez

Br. José Modesto Reyes Ventura

F/ _____

(Directora de Unidad de Salud y HEM)

ANEXO N°6



Corinto, Morazán, 20 de junio 2011.

YO, _____ de _____
años de edad con domicilio en _____

con documento de identidad numero _____ autorizo a los

doctores JackelineLissbeth Flores Hernández,,José Javier Moreno Álvarez y José Modesto Reyes Ventura que publiquen parte de mi historia personal incluyendo fotografías referentes a mi alojamiento en el Hogar de Espera Materna, Corinto, Morazán). Doy fe que se me ha explicado los motivos para dicha publicación y es por ello que de la forma más atenta estoy dispuesta a colaborar con dicho estudio.

Y para ello, firmo este documento.

F/ _____

(Usuaría de Hogar de Espera Materna, Corinto, Morazán.

ANEXO N°7



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegida para participar en la investigación llamada: **“Valoración del Hogar de Espera Materna, en relación a la morbi-mortalidad, en mujeres embarazadas, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana post-parto atendidas en el municipio de Corinto durante el periodo de agosto 2010 hasta agosto 2011”**.

Se me ha explicado que en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por los investigadores, consiento voluntariamente a participar en esta investigación

Nombre del participante: (letra de molde)

Firma y huella dactilar del participante:

Fecha de hoy:

Día/mes/año

ANEXO N°8

HISTORIA DE ÉXITO

En la zona norte de Morazán se encuentra Corinto, reconocido por su altura, majestuosas montañas, cerros y sus cuevas de muchísima reseña histórica mesoamericana, su compleja geografía siempre está en la mente de sus visitantes y habitantes. Pero su gente luchadora también hace resaltar a esta tierra, que al igual que la mayoría de familias Salvadoreñas luchan por subsistir a pesar de la adversidad que constantemente acecha a nuestros pueblos, y una de ellas es María Elsa Jiménez Reyes, tiene 34 años de edad, y es oriunda del caserío los fuentes, cantón Laguna, enclavado en la cordillera montañosa de Corinto Morazán. A unos cuantos kilómetros yace el territorio Hondureño, que al igual que de este lado de la frontera son poseedores de una inaccesibilidad estrepitosa hacia los centros proveedores de servicios médicos y otros. Como toda familia Salvadoreña de escasos recursos, investidos por la

desigualdad social, para ella y los suyos la vida no ha sido fácil, y la tan famosa globalización por ahí no la han visto merodear. Es la número cuatro de cinco hermanos procreados por sus padres; pero no todos tuvieron los mismos privilegios; pues niña Elsa no fue a la escuela como hubiese querido, y para ella el pan del saber no fue fabricado; la causa de su analfabetismo fue debido a que era la única hembra procreada por sus padres, y por lo tanto la compensación a su afortunado género fue que tenía que hacer los oficios domésticos junto a su madre y por lo tanto no había tiempo para otras cosas. Sus hermanos si fueron a la escuela y con algún esfuerzo lograron 6 grado de educación básica, luego los envistió el deseo progresista de la superación y emigraron hacia los Estados Unidos de América, en busca de mejores oportunidades lejos de los suyos. Pero niña Elsa continuó en la ardua faena cotidiana de “ama de casa”. A los 21

años de edad niña Elsa se aventura en otra faena de similares características, pero a lado del que sería a partir de entonces su compañero de vida, que al igual que ella nunca fue a la escuela y creció en medio de los maizales. Felizmente casados han convivido y traído al mundo en medio de dificultades y alegrías a cinco hijos. Niña Elsa y su familia subsisten de la agricultura en pequeño al igual que todos en su comunidad. A pesar de que la vida no es color de rosa para ella; habla con una sencillez y amabilidad asombrante, agradecida con la vida y con Dios, pues hoy junto a su esposo cuidan de cinco hijos, para que encuentren la huella de la modernización social en un mundo muy disparejo en todo su contexto.

La historia casi se repite pero a la inversa, pues de los cinco hijos procreados, cuatro son “mujercitas y el último un hombrecito”; mas sin embargo hoy la mentalidad es diferente y “todos tendrán la oportunidad de acoger el pan del saber en las aulas”. Sus tres primeros hijos nacieron en la casa, asistida por ella misma y su tía que

ya había pasado el mismo proceso; “se quedaba uno a tener a sus hijos en la casa por costumbre... expresa con sencillez”; la culpa la tiene la ancestral pobreza de los pueblos latinoamericanos, que a diario cabalga pero no se marcha. Y es que no es para menos “desde su casa hasta la unidad de salud en Corinto puede haber una vida de por medio”. Una hora en carro o 2 horas y media a pie dice con profunda expresión; mas sin embargo ella no tiene vehículo y por lo tanto hay que pedir un “aventón” o emprender la odisea a pie hacia el pueblo en busca de satisfacer alguna necesidad básica. Ante ello era preferible quedarse en casa para dar a luz y confiar en el creador y en la experiencia empírica de alguna matrona, que exponerse a tan ardua cruzada en busca de ayuda. Pero con el paso del tiempo y a pesar de la escasa promoción de los servicios médicos, su cuarto hijo logró nacer en un lugar diferente, el Hospital, en buenas condiciones y con los cuidados obstétricos prenatales y controles subsecuentes en la red de salud pública.

Pero no todo estaba dicho para ella y su familia, aun a niña Elsa le faltaba su prueba de fuego. A los 33 años de edad nuevamente está embarazada; afortunadamente la Atención Primaria en Salud ha llegado a las colinas y llanuras de su comunidad y le tendió su cobija a tiempo. Tempranamente se inscribió (a las 9 semanas) en la unidad de salud de Corinto para la atención prenatal, y fielmente cumplió con siete controles de embarazo. Un embarazo que por algunas circunstancias especiales fue catalogado de alto riesgo. Todo marchaba de acuerdo a lo esperado; pero de pronto en el último control algo no estaba bien; y es que su futuro hijo tenía sobrepeso estimado por ultrasonido y la amenaza de una diabetes gestacional obliga a realizar un análisis completo. Y el primer nivel de atención médica entró en acción. Había que hacer algo para salvaguardar la vida de ella y su hijo. Pero las políticas y estrategias de salud ya habían pensado en este momento, y niña Elsa es alojada en la Casa de Espera Materna de la localidad; mientras se realizan las intervenciones necesarias con el

segundo nivel de atención para ser evaluada por personal con mayores recursos tecnológicos y científicos. Pasa la noche en la Casa de Espera Materna, amparada por los cuidados de su personal capacitado, y al día siguiente emprende su viaje al Hospital de San Francisco Gotera, pero esta vez no lo hace por sí sola, es transportada en ambulancia y bajo los cuidados del personal de salud de la red. Ya en el Hospital las evaluaciones parecen estar perfectas y es retornada a la unidad de salud con las recomendaciones pertinentes. El personal médico del primer nivel de atención debe tomar una decisión, enviarla a casa y esperar trabajo de parto como en tiempos recientes o alojarla en la Casa de Espera Materna. La decisión fue fácil de tomar, pues los lineamientos están claros, era la paciente en la cual pensó APS cuando plasmo las estrategias en maternidad segura, ya que cumplía todas las características de alojamiento: lejana procedencia, accesibilidad difícil, escasos recursos, embarazo de término, múltipara, y alto riesgo obstétrico y por lo tanto es ingresada para un adecuado

monitoreo y no exponer su vida ni la del futuro hijo que está por llegar. No habían pasado más de 24 horas cuando las alarmas se encienden; pues en niña Elsa no todo parecía estar bien, durante un monitoreo de rutina de su estado de muerte a ella y su hijo; por lo tanto se procede a referirla a un centro de mayor complejidad.

clínico, el personal detecta bradicardia fetal, inmediatamente es reportada y evaluada por los médicos, y se determina bradicardia sostenida y se diagnostica Perdida del Bienestar Fetal (PBF), un estado que pone en riesgo de

Llega al Hospital y la situación es preocupante para ella y el personal médico, rápidamente es atendida. A niña Elsa se le diagnostica Oligohidramnios severo y pasa a cirugía obstétrica de urgencia dando a luz a Kevin, que gracias al creador llegó en las mejores condiciones y gracias a la responsabilidad de ella como madre y de los servicios de salud que ahora están más cerca de los que los necesitan. Es dada de alta en completo bienestar y hoy la familia Jiménez está feliz, y agradece a Dios y todas aquellas personas que estuvieron a sus cuidados.

COMENTARIO:

“Esta es una de las historias de éxito, de las estrategias en atención primaria en salud que hoy en día se implementan a nivel mundial. Posiblemente niña Elsa estuviese ensanchando las cifras de la mortalidad materna y perinatal, de no haber existido un Hogar de Espera Materna en su AGI”.

REFLEXIONES DE NIÑA ELSA:

- “Me mandaron con complicaciones, porque a mi niño no le latía el corazón”.
- “si yo, hubiera estado en mi casa se me iba a morir mi niño”.
- “al solo llegar le hicieron la ultrasonografía y salió que no tenía agua.... Me hicieron la cesárea... y mi niño salió alentadito”.
- “antes uno se quedaba a tener a sus hijos en la casa por costumbre”
- ¿Qué le ofrece la casa de espera materna?
- “sirve para tenerlo a uno y al niño”.
- “es una cosa de mucha esperanza, para no perder su vida y de su hijo”.
- “siente uno más confianza, porque de ahí esta mas rápido, por cualquier cosa lo envían a uno al hospital.... Y en la casa uno no tiene facilidad”.
- “seguridad para uno y el niño que uno espera”.

¿QUÉ OPINA DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN CASA?

“no es lo mismo, estar en el hospital... es diferente... en la casa es un riesgo que uno corre, porque solo lo que la partera hace... no es como estar en las manos de un doctor”.

DOCUMENTADO POR: Br. JackelineLissbeth Flores Hernández.

ANEXO N°9.

GLOSARIO

MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL:

Se considera a toda patología y/o muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación (28) y el séptimo (7) día de nacimiento, atribuidas al embarazo.

MATERNIDAD SEGURA:

Es un llamamiento a los países de las Américas para que redoblen los esfuerzos con el propósito de lograr el objetivo cinco de desarrollo del milenio (ODM-5). (Reducir la mortalidad materna y acceso universal a la salud reproductiva).

PARTO LIMPIO Y SEGURO:

Es el parto atendido por personal capacitado y de preferencia institucional.

ANEXO N°10

SIGLAS

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

HEM: Hogar de Espera Materna.

ACEMCOR: Asociación Casa de Espera Materna de Corinto.

KOIKA: Agencia de Cooperación Internacional de Korea.

AGI: Área Geográfica de Influencia

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

APS: Atención Primaria de la Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

RMM: Razón de Mortalidad Materna.

MSCF: Maternidad Segura Centrada en la Familia.

MPS: Reducción de los Riesgos del Embarazo. (Making Pregnancy Safer).

ANEXO N°11**PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

RECURSO MATERIAL	CANTIDAD	COSTO INDIVIDUAL	COSTO TOTAL
PAPEL BOND	8	\$5.75	\$ 46
BOLIGRAFOS	25	\$0.25	\$ 6.25
PLUMONES	2	\$1.50	\$ 3.00
IMPRESIONES B/N	6256	\$0.35	\$ 2189.60
IMPRESIONES A COLOR	150	\$0.50	\$ 75
FOTOCOPIAS	756	\$0.05	\$ 37.8
NAVEGACION	150	\$ 1	\$ 150
FOLDERS	25	\$0.20	\$ 5
FASTENER	25	\$0.12	\$ 3
LAPIZ	15	\$0.15	\$ 2.25
BORRADOR	6	\$0.15	\$ 0.90
ANILLADOS	30	\$5	\$ 150
EMPASTADO	7	\$20	\$ 140
TRANSPORTE	25	\$20	\$ 500
LLAMADAS TELEFONICAS	150 horas	\$1	\$ 150
MATERIAL MULTIMEDIA	10	\$8	\$ 80
DIGITACIONES	12000	\$0.05	\$ 600
COMPUTADORA TOSHIBA	PROPIA	PROPIA	PROPIA
CAMARA DE VIDEO Y FOTOGRAFICA	PROPIA	PROPIA	PROPIA
MEMORIA USB	PROPIA	PROPIA	PROPIA
COMIDAS	75	\$2	\$ 150
VARIOS			\$ 500
TOTAL			\$ 4788.80

En cuanto al financiamiento para la realización del trabajo de investigación será de tipo autofinanciado por el grupo investigador.

LISTA DE FIGURAS



Figura N°1Hogar de Espera Materna de Corinto, Morazán.

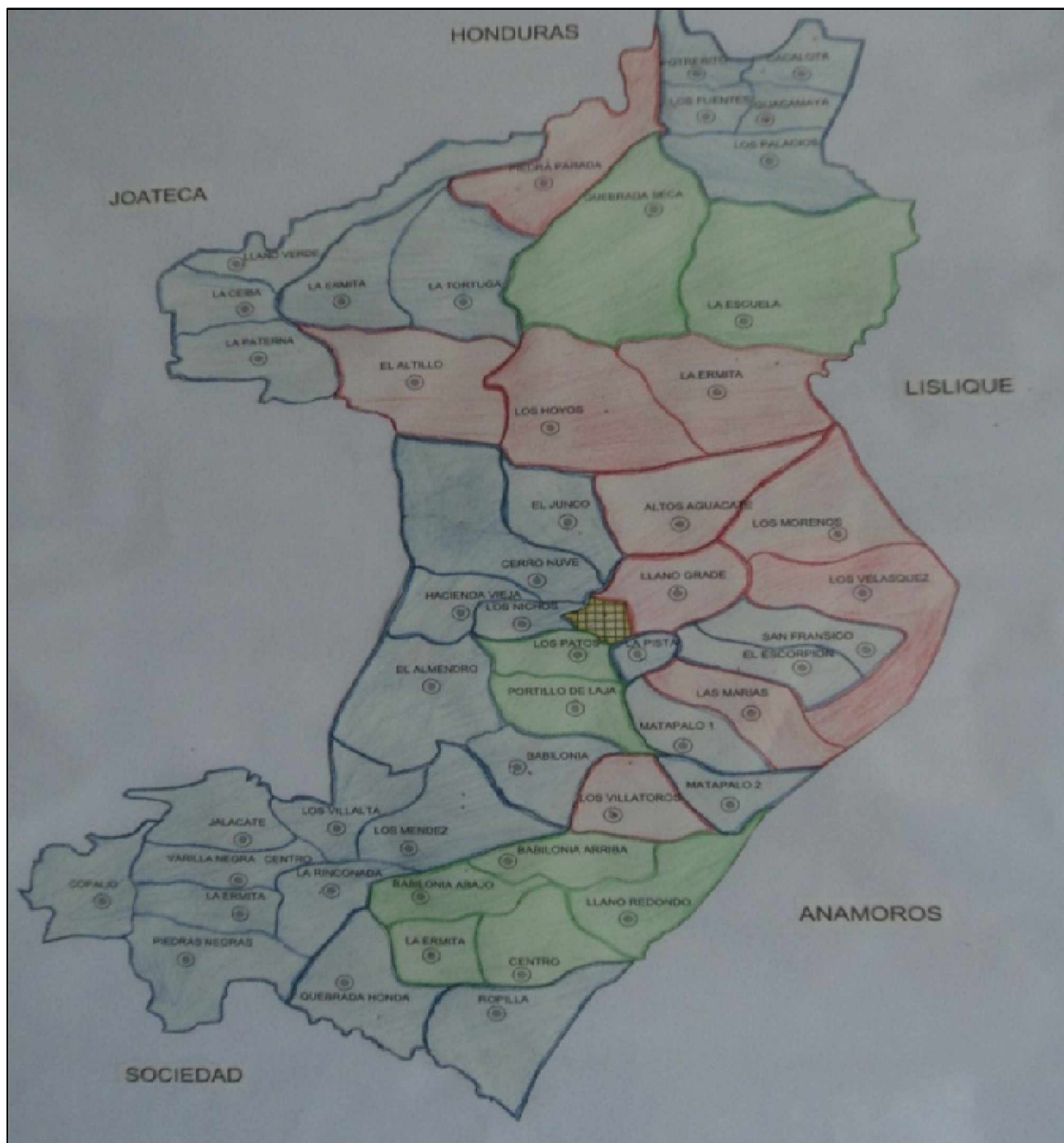


Figura N°2Municipio de Corinto, Morazán, vista de caseríos y cantones.



Figura N° 3 Municipio de Corinto, Morazán, vista del área urbana.



Figura N°4 Inauguración del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.



Figura N°5 Usuaris del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán



Figura N°6 Usuaris del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.



Figura N°7 Actividades que realizan las Usuaris del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.



Figura N°8 Transporte utilizado para transportar usuarias del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán a su lugar de referencia.



Figura N°9 Actividades que realiza el equipó especializado para las usuarias del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.



Figura N°10 Usuaría junto a personal de enfermería dentro del Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán.



Figura N°11Usuaria de Hogar de Espera Materna Corinto, Morazán justo en el momento de ser trasladada para su correspondiente evaluación.



Figura N°12 Personal Médico en su respectiva evaluación infantil y materna en una paciente post-parto.



Figura N°13Equipo de trabajo de investigación compartiendo un día en la Casa de Espera Materna Corinto, Morazán



Figura N°14Usuaría con visita familiar.