



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**CALIDAD DE LA ESTRUCTURA, DE LOS HOGARES DE
ESPERA MATERNA DE EL SALVADOR, EN EL PERIODO
FEBRERO A JUNIO DEL 2017**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD
PÚBLICA**

PRESENTADO POR:

LICDA. CLAUDIA LOURDES VALDEZ GRANADOS

ASESORA:

LICDA. MSP. REINA ARACELI PADILLA

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR JULIO DEL 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MAESTRO. ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

LICDA.MSP. REINA ARACELI PADILLA

COORDINADORA GENERAL DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA.

JURADO

LICDA.MSP. REINA ARACELI PADILLA

DRA.MGH. ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ

LICDA.MSP. MARGARITA ELIZABETH GARCIA.

DEDICATORIA:

ANTE TODO A DIOS TODO PODEROSO POR SER EL ÚNICO DIGNO DE GLORIA Y ALABANZA QUIEN ILUMINO MI CAMINO EN CADA PASO.

A MIS PADRES por ser mi hogar mi lugar seguro, una muralla y mi fortaleza, por enseñarme que en la vida hay que esforzarse siempre, caminar hacia adelante pese a los obstáculos y nunca rendirse.

A MIS HERMANAS por caminar juntas, por compartir los momentos importantes de la vida, crecer juntas y apoyarnos siempre.

A MI SOBRINO por darme una razón para levantarme y seguir cada día.

A MI COMPAÑERA DE TURNO por su paciencia, comprensión y hermandad.

A MIS MAESTROS especialmente a mi asesora de tesis por trasmitirme una parte de si por medio de sus conocimientos, por su paciencia y sembrar en mi la semilla del siempre querer conocer cosas nuevas.

RESUMEN

Tema: Calidad de la estructura de los Hogares de Espera Materna de El Salvador, de febrero a junio del 2017.

Propósito: Analizar la calidad de la estructura de los HEM, para impulsar la realización de gestiones de calidad, ofreciendo Instalaciones con trato digno y humano fortaleciendo el área primaria de salud donde se detectan y previenen de forma oportuna las complicaciones.

Material y métodos: Es un estudio cuantitativo que brinda el punto de vista del personal de salud por el conocimiento técnico de este a normativas y forma de trabajo del equipo, se utilizó una muestra de 63 personas, quienes llenaron un instrumento que cubrió 3 variables: Recursos materiales, Recurso humanos y Coordinaciones gerenciales, donde se utilizó escala de Liker, previo a un consentimiento informado.

Resultados: la variable coordinaciones institucionales obtuvo la mejor evaluada al evidenciar un adecuado acceso a los servicios de la Red de salud, en segundo lugar fueron los recursos materiales y los recursos humanos cumple con las funciones impuestas por normativa a pesar de realizar actividades fuera de su competencia.

Conclusiones: Las instalaciones poseen los recursos, materiales e instalaciones básicos necesarios para la atención de usuarias, pero necesitan evaluar el mantenimiento, servicios básicos y presupuesto de alimentación entre otros, el recurso de humanos posee sobrecarga de funciones fuera de su competencia, y necesita un refuerzo en el área de Educación continua, existe una adecuada coordinación con instituciones de la red de salud in

Recomendaciones: Utilizar el presente estudio como base para la solución de inconvenientes y realizar un plan de mejora para los puntos señalados.

CONTENIDO

<i>CAPITULO</i>	<i>PÁGINA</i>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO DE REFERENCIA.....	4
IV. DISEÑO DE METODOLOGICO.....	37
V. RESULTADOS.....	44
VI. DISCUSIÓN.....	61
VII. CONCLUSIONES	69
VIII. RECOMENDACIONES	71
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Pública es una de las bases para el Desarrollo de la población, la Calidad de las Atenciones de Salud que se brinda deben ser preventiva, oportuna y resolutoria, para lograr dicha meta es necesario contar con un Recurso de Salud con empoderamiento en la atención humanizada y de calidad, contar con Instalaciones adecuadas a las necesidades de la población, hacer uso correcto de la Red de Servicios.

Desde su inicio en junio de 1900 la Atención en salud en El Salvador ha realizado grandes cambios y progresos, a medida evoluciona la población, las enfermedades y la medicina; Una nueva Reforma de Salud se implementó en el 2009, realizando grandes cambios en la estructuración de los programas de atención a la población en general.

Con una orientación a la atención de salud primaria y a la prevención de enfermedades, se articularon Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), los cuales brindan servicios de salud a la población más vulnerable en distintos cantones y comunidades de El Salvador, agregado a esto la implementación del Programa del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), a partir de su nacimiento en el 2014, FOSALUD en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSAL), han extendido la cobertura y los horarios de atención a la población, proporcionando personal de salud y medicamento en horarios donde MINSAL no cubría.

MINSAL a principios del mismo año, estableció La Política Nacional de Salud y el Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) 2014-2019, con el objetivo de profundizar el proceso de la Reforma y para garantizar el Acceso Universal de salud de calidad y con alto contenido humano. Con los logros obtenidos con la Reforma en el sistema de salud, se prevé lograr las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para el 2030,

Antes del 2014 no se conocía la razón de Mortalidad Materna en El Salvador, el 5ª ODS "Igualdad de Género" garantiza el acceso a la Salud Reproductiva de la mujer, por ello MINSAL en coordinación con FOSALUD crearon el programa "Salud de la mujer, adolescencia y niñez", de donde se extrae la estrategia,

Hogares de Espera Materna (HEM) estos asisten a embarazadas, puérperas y recién nacidos, de escasos recursos económicos o que presentan algún riesgo ya sea obstétrico o social, con el fin de asegurar un parto hospitalario en las mejores condiciones de salud de la mujer y con las instancias necesarias que disminuyan posibles complicaciones en su estado de salud, logrando así cumplir el 5^a ODS y por ende la morbi-mortalidad materna.

La permanencia de dichas mujeres en los HEM, las 24 horas del día hasta su alumbramiento, establece la necesidad de investigar cómo es la Estructura de dichas Instalaciones, ya que estos funcionan como un Hogar de acogida para las usuarias el cual suplente las necesidades básicas de estas: la estructuración de dichas instituciones debe poseer los insumos mínimos necesarios para la realización de tareas cotidianas y los de una institución de salud.

El propósito del presente estudio es fomentar Gestiones de Calidad en Salud, para las Instalaciones de los HEM, acción que fortalecerá, el Sistema Público de Salud en el área Primaria, ofreciendo instalaciones confortables que posean los Recursos Materiales, Recursos Humanos y Coordinaciones Gerenciales necesaria para ofrecer servicios de calidad a la población.

Favoreciendo, el ingreso y estadía voluntaria de la usuaria, asegurando que esta se convierta en un ente replicador, de su comunidad para otras embarazadas en riesgo, fomentando la cultura del Parto Hospitalario Seguro, sobre la de partos domiciliarios, al igual de disminuir los índices de morbi -mortalidad materna y perinatal.

En vista de lo anterior se enuncio lo siguiente.

Cuál es la calidad de la Estructura de los Hogares de Espera Materna en El Salvador, en el periodo Febrero a Junio del 2017?

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la Calidad de la Estructura,de Los Hogares de Espera Materna de El Salvador, en el periodo Febrero a Junio del 2017.

Objetivo Específico:

1. Identificar los Recursos Materiales que poseen las Instalaciones de los Hogares de Espera Materna para la atención de usuarias ingresadas.
2. Describir al Recurso Humano que labora en las Instalaciones de los Hogares de Espera Materna.
3. Indagar las coordinaciones Gerenciales de los Hogares de Espera Materna con las Instituciones de Salud de Referencia.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 SALUD EN EL SALVADOR

➤ **LÍNEA DE TIEMPO DEL ÁREA DE SALUD EN EL SALVADOR**

La Institución nace el 23 de Julio de 1900, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El Consejo determinó que entre las actividades principales a realizar fueran: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas servidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año.¹

El 15 de agosto se creó la Dirección General de Vacunación la cual en 1907 se llamó Instituto de Vacunación Contra la Viruela.

En 1925 se nombra al primer odontólogo.

En 1926 El Poder Ejecutivo crea la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia médica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República.

En 1930 se aprueba un nuevo Código de Sanidad, en este año se establece la primera clínica de puericultura ubicada en San Salvador.

En 1935 aparecen las tres primeras enfermeras graduadas y en este año la Sanidad cuenta con servicio médico escolar. Los servicios Departamentales de Sanidad estaban a cargo de un Médico Delegado, asistido por un Inspector de lucha anti larvaria, un Agente Sanitario, un vacunador y por enfermeras no graduadas o enfermeros hombres a cargo de los hospitales de profilaxis, este año se reportó el último brote de viruela.

En 1940, comienza la era de “La Sanidad Técnica”, la unidad sanitaria de Santa Tecla, actuó como Centro de Adiestramiento.

¹ MINSAL. Antecedentes de salud en la actualidad. Recuperado de: <http://www.salud.gob.sv/historia/>

En Junio de 1942 El Director General de Sanidad celebra contrato con el Instituto de Asuntos Interamericanos, para sentar las bases de un Servicio Cooperativo Interamericano en el país. Este proyecto de cooperación construyó el edificio de la Dirección General de Salud (actual edificio del MSPAS), tres unidades sanitarias, Sistemas de agua potable, alcantarillados, rastros, lavaderos, baños, saneamiento antimalárico, investigación del paludismo, shigellosis, poliomielitis y tuberculosis por medio de unidad móvil de rayos X.

En 1948 se creó el Ministerio de Asistencia Social, y al finalizar este año se cuenta con 32 servicios en 32 municipios con un personal de 565

En 1950 El Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En Julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración Sanitaria, proyecto conjunto con la OMS, nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la

En 1956 existían 40 servicios locales bajo la Dirección General de Sanidad, pero debe tenerse presente que el Ministerio tenía bajo su supervisión y coordinación: 14 hospitales, Escuela Nacional de Enfermería, la Beneficencia Pública, Guarderías Infantiles, los Hospicios, Asilo de Ancianos, Sociedad de Señoras de la Caridad y la atención a la ayuda técnica de Organismos Internacionales.

Para el año de 1958 después de 10 años de labores para la erradicación de Aedes Aegypti, en la XII Reunión de Consejo Directivo de la OPS/ OMS declaró al país libre de este.

En Diciembre de 1960 entró en vigencia la Ley de patronatos en Centros Asistenciales.

El 9 de Julio de 1962 se crea el Departamento Técnico y de Planificación, Se presenta el Primer Plan Decenal de Salud diseñado con la metodología de OPS-CENDES, se fusionaron las Direcciones de Sanidad y de Hospitales dando origen a la Dirección General de Salud.

En 1969 las prestaciones en salud han crecido a través de 185 establecimientos: 14 hospitales, 9 centros de salud, 64 unidades de salud, 95 puestos de salud y 3

de vacunación; sus acciones se basaban en Atención de la demanda (curativa) preventiva (vacunación, saneamiento, promoción, educación para la salud, entre los programas especiales se encontraban: Campaña Nacional Antipalúdica, Atención Materno Infantil y de la Nutrición Lucha Antituberculosa y Programa Odontológico.

En 1973 se puso en funcionamiento el nuevo hospital de Chalatenango y se finalizaron las instalaciones de los nuevos Hospitales de Zacatecoluca y Usulután, se realizó la primera campaña nacional de vacunación para proteger a la población menor de cinco años, contra la tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y sarampión.

En 1974 se inicia programa de ampliación de red de establecimientos y se introduce el Programa de Salud Oral a base de flouocolutorios.

En 1978 se cuenta con 271 establecimientos de salud y se tiene 85.4% de cobertura y 96.2% de población accesible a los diferentes establecimientos de salud.

En 1980, se crea el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural programa de introducción de agua potable y letrización en área rural, se ampliaron las unidades de Ciudad Barrios y de Santa Rosa de Lima, pasando a ser Centros de Salud con capacidad para 72 camas cada uno.

En 1983 se elaboró el diagnóstico de salud de los años 1979-1982 para ser tomado como referencia para programar las actividades del Ministerio, la red de establecimientos de salud era de 331 distribuidos en 14 hospitales 12 centros de salud, 98 unidades de salud, 164 puestos de salud, 34 puestos comunitarios y 9 dispensarios de salud.

En 1988 se ofreció servicios en salud en 342 establecimientos, disminuyó el número de establecimientos cerrados por el conflicto armado.

El 16 de Agosto de 1989 aparece el primer caso de cólera en el país y se inician campaña contra el cólera y cloración del agua.

En 1989- 1990 se determina la necesidad de crear una descentralización efectiva de la atención a los pacientes creándose los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y se coordinan acciones y actividades con las diferentes instituciones pertenecientes al sector (ISSS, ANTEL, Sanidad Militar, etc.)

En Abril de 1991 se inicia la construcción y equipamiento de Hospital General con capacidad de 207 camas, ubicado en colonia Zacamil, mejicanos.

1991 la Red de establecimientos se incrementó a 387 de los cuales 340 se encontraban abiertos y 46 estaban cerrados.

En 1992 se da la implementación y seguimiento del Sub-sistema de Información Gerencial (SIG) en los Hospitales de Chalatenango, Rosales, Maternidad y en los Centros de Salud de Nueva Concepción, San Bartolo y Chalchuapa.

Para 1993 Las intensas campañas de vacunación generaron que al país se le entregara certificado de erradicación de la poliomielitis.

En 1995 se concibió y se puso con el Ministerio de Educación el Programa de Escuelas Saludables. Se implanto un nuevo horario de consulta en 7 unidades de Salud de San Salvador, el cual era de 7 a.m a 7 p.m durante días hábiles y atención de consulta de emergencia durante fines de semana y día festivos de 8 a.m. a 4 p.m. A nivel hospitalario se implementan las cirugías ambulatorios en los establecimientos de Zacamil, Rosales, B.Bloom, Metapán y Santa Teresa. Se convierten el Puesto de Salud en Unidades de Salud y se incorporan los 15 Centros de Salud a la categoría de hospitales. Se inicia la formación de un Comisión Nacional de Salud con el objetivo de darle seguimiento al proceso de modernización del sector y abrir espacio para la participación de todos los sectores. Se construyó y equipo el Centro Nacional de Biológicos, para garantizar la conservación óptima y distribución oportuna de vacunas.

En 1999 Se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud como entidad encargada de formular la reforma del sector salud con participación de diferentes entidades públicas y privadas que conforman el sector.

En el 2000, La red de servicios crece a 610 establecimientos distribuidos en 30 hospitales 357 unidades de salud. Se reforzó y amplió la red de laboratorios a 132

a nivel nacional, se elabora un sistema único de información epidemiológica para salud se realizó el análisis e implementación del modelo de atención, con la propuesta de las Gerencias de Atención Integral en Salud, según grupos de edad: La niñez, los adolescentes, la mujer, el adulto masculino y el adulto mayor. Conformando el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) bajo la visión de lograr la participación activa de la comunidad (participación social) y lograr la descentralización de los servicios de salud.²

En el 2001 Se crearon comités para la atención y seguimiento de salud:

- Comité de Ejecución del programa ampliado de inmunizaciones.(PAI)
- Comité Interinstitucional de Salud Reproductiva.
- Comité intersectorial para el desarrollo integral de salud de adolescentes.
- Comité nacional en apoyo a la vigilancia de mortalidad materna-perinatal.
- Comité asesor de prácticas de inmunizaciones.
- Comité nacional intersectorial para la definición y conducción de acciones para el control y prevención del consumo de Tabaco.
- Comité nacional de vigilancia Epidemiológica.
- Comisión Nacional de Investigaciones en Salud.

Se realiza la primera evaluación a nivel de todo el sector salud del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.

En el 2002, se introduce la vacuna pentavalente al esquema de vacunación del MSPAS. Es implementado el laboratorio de Biología Molecular para la investigación virológica de cepas circulantes de Dengue, el fortalecimiento del 93.4% del azúcar de consumo humano con vitamina A y el 100% de las harinas de trigo con hierro y ácido fólico beneficiándose a toda la población salvadoreña.

² MINSAL. Antecedentes de salud en la actualidad. Recuperado de: <http://www.salud.gob.sv/historia/>

➤ **LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR.**

El Ministerio de Salud y Asistencia Social (MINSAL), inicio un cambio en el Sistema de Salud a partir del 2010, fundamentado en la Política de Salud cuya base es garantizando el derecho de salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud.³

“El objetivo de MINSAL es garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención , atención y rehabilitación de la salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivitas y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”.⁴

Para esto MINSAL se basa en los principios de:

Transparencia: todo gobierno democrático debe ser transparente en sus decisiones y rendir cuenta a sus ciudadanos.

Solidaridad: es esencial en la concepción de política pública, refiriendo la convicción permanente de colaborar-de forma redistributiva y en el marco del derecho-con el bien común mediante la unión de intereses, propósito y afinidades entre los miembros de una comunidad.

Universalidad:sistema de protección universal para todos.

Equidad: se refiere a que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud. a través del acceso a todos los recursos del sistema de salud.

³ MINSAL. La reforma de Salud en El salvador. Recuperado de file:///D:/09042012%20REFORMA%20DE%20SALUD2.pdf

⁴ Ministerio de Salud. (2016).Informe de Labores 2015-2016, La salud es un derecho. Primera edición 2016. Editorial del Ministerio de Salud

Gratuidad: significa el derecho de toda la población a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por los servicios recibidos.

Intersectorialidad: la salud en base a un trabajo colaborativo la comunidad de visiones y trabajo en conjunto con las instituciones del gobierno con responsabilidad directa e indirecta en salud, los actores dela sociedad con vocación a servir.

Participación social: La Política de salud hace de la participación social uno de sus valores básicos a la vez es una de las prioridades de MINSAL para el quinquenio.

Para el 2014 se consolido la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, se completó la organización de las Redes Integradas de los Servicios de Salud en los servicios de MINSAL y se realizaron avances en la coordinación de prestaciones de servicios de salud con el ISSS y otras instituciones de seguridad social, todo esto en pro de mejorar la oferta sanitaria con miras a un sistema ideal de cobertura universal con calidad.⁵

La política de salud con sus 25 estrategias y áreas de acción, se conjugaron en la primera fase de la reforma en los 8 ejes estratégicos que orientan los esfuerzos en esta etapa.

- Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MINSAL
- Recurso Humano en salud como piedra angular del sistema.
- Respuesta a la demanda de medicamentos y vacuna.
- Instauración del Foro Nacional de Salud.
- Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.
- Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud.
- Creación del Instituto nacional de Salud y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

⁵ Ministerio de Salud. (2014). Política Nacional de Participación Social en Salud. Primera reimpresión 2014. El Salvador. Ministerio de Salud.

➤ **RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINSAL**

MINSAL en el marco de la Reforma de su sistema de salud, vio la necesidad de integrar las instituciones que conforman la Red de servicios de Salud organizarlas y coordinarlas, clasificándolas en 3 niveles de atención para la población, esto genera líneas de coordinación entre dichas instituciones, para garantizar al usuario un adecuado acceso, al sistema de atención: eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas, agilizando referencias, citas con especialistas y otros servicios. con el objetivo de garantizar los servicios de salud como un derecho humano, para mejorar el nivel de vida de la población garantizando el acceso a los servicios de salud, acercándolos a su lugar de vivienda, principalmente a la población que vive en condiciones de exclusión, la Red Integral se desarrolla en torno a la comunidad, familias y personas.⁶

Tabla 1. Red integral de servicios de salud.

N ^a	Establecimientos		Nivel
1	UCSF Básicas	419	Primer Nivel
2	UCSF Intermedias	291	
3	UCSF Especializadas	39	
4	Hogares de Espera Materna	21	
5	Oficina Sanitaria Internacional(OSI)	10	
6	Centro integral de salud Materno Infantil y de Nutrición(CIAMIN)	1	
7	Centro de atención de Emergencias	2	
8	Centro de Atención Integral de salud del adolescente(CAISA)	1	
9	Clínica de empleados	1	
10	Hospitales Básicos	11	Segundo Nivel
11	Hospitales Departamentales	14	
12	Hospitales Regionales	2	
13	Hospitales de referencia nacional	3	Tercer nivel
Total		815	

Fuente: Informe de Labores MINSAL 2015-2016

⁶ Angulo, E., Solís, M., y Vasquez, R. (2014) Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender?. Ginecología obstetricia de México, volumen (82), pp648-655

En el 2014 se implementó un nuevo modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APSI) el cual prioriza el acercamiento de los centros de salud a las comunidades y poblaciones en riesgo a fin de captar a la población de forma oportuna y evitar retrasos en las referencias oportunas.

El Primer Nivel de Atención en la Red está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS), quienes son un equipo multidisciplinario conformado por médico, enfermera, técnica/o en enfermería y promotor de salud, estos identifican la población asignada según su área geográfica de referencia, realizando diagnósticos de su población, realizar acciones sanitarias, brindan prestaciones integrales de salud, que incluyen los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.⁷

estos atiende a la población, en sedes comunitaria, la cual consiste en un establecimiento ubicado lo más cercano de donde viven las familias de su responsabilidad, llamada Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSF), quienes se encuentran en la primera línea de atención y quienes refieren a las Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedias (USCFI), este primer nivel de atención deben tener el poder de resolver el 95% de los problemas de salud que se presentan en la comunidad al realizar las coordinaciones con los Equipos Comunitarios de Salud Familiar con especialidades (ECOSE), o según el caso a centros hospitalarios.

Segundo y Tercer nivel: Los Hospitales públicos en la Red Integral de Servicios de Salud. Los Hospitales públicos del MINSAL son 30, de ellos solamente 3 poseen categoría de tercer nivel, los hospitales del segundo nivel de atención son 13 municipales y 12 generales Departamentales quienes se complementan con los establecimientos del primer nivel formando las Micro Redes de segundo nivel, la integración de esta red permite resolver las principales problemáticas de salud de la población hasta aproximadamente el 95% de los casos.

⁷ Ministerio de Salud. (2011). Plan estratégico nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014. El Salvador. Ministerio de Salud

El tercer nivel de atención está conformado por dos Hospitales Regionales (San Juan de Dios de Santa Ana y San Miguel) y los 3 hospitales especializados de San Salvador (Hospitales Nacionales de Maternidad, Rosales y Nacional de Niños Benjamín Bloom).

➤ **INSTAURACIÓN DEL FORO NACIONAL DE SALUD.**

En septiembre del 2009, siguiendo los lineamientos de la política de salud, se nombró la Comisión Organizadora del Foro Nacional de Salud, donde se presentaron los resultados de consultas territoriales y se sentaron las bases para un año de trabajo con la ciudadanía organizada en términos territoriales y sectoriales.

Con el fin de involucrar a la ciudadanía en los planes y estrategias para el cuidado de su salud y el empoderamiento de la misma siendo entes activos que buscan alcanzar su mejor estado.⁸

Objetivos estratégicos del Foro Nacional de Salud.

Participación ciudadana territorial: facilitar la participación ciudadana a través de consultas regionales escalonadas con actores locales, fundamentalmente en la sociedad civil que confluyen en una conferencia nacional que fortalezca la integración del Sistema Nacional de Salud.

Participación ciudadana sectorial: identifica y facilita la participación de las diferentes instituciones, organizaciones e individuos vinculados a los diferentes temas de acuerdo a las estrategias de las políticas de salud.

Incidencia: identificar, integrar u movilizar las fuerzas sociales y políticas para desarrollar condiciones de viabilidad que permitan la transformación del sistema de salud e incidir en las políticas públicas que afecten la salud y sus determinantes.

⁸ MINSAL. La reforma de Salud en El salvador. Recuperado de file:///D:/09042012%20REFORMA%20DE%20SALUD2.pdf

➤ **PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2010-2014**

Este Plan establece las líneas estratégicas que deben cumplir las dependencias de MINSAL y sus diferentes niveles de atención de la RISSS, al igual que los actores de la Red Nacional de Salud, para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en El Salvador; además de proveer insumos para la elaboración de políticas y planes en salud que ayuden a regular la atención de la mujer y su recién nacido/a.⁹

Este posee un conjunto de estrategias globales a saber:

Promoción de la Salud: Estrategia referida a formulación de políticas públicas, participación social, intersectorial, al desarrollo de recurso humano, creación de ambientes que favorezcan la salud, al esfuerzo de la acción comunitaria y a la reorientación de los servicios de salud.

Atención Primaria de Salud Integral (APSI): Aborda la salud desde la promoción/educación para la salud, prevención, detección temprana, tratamiento y la rehabilitación de la salud.

Abogacía: Combina acciones individuales y sociales, destinadas a conseguir compromisos y apoyo para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal.

Mejora continua de la calidad de la atención: Es una actitud general que debe de ser la base del proceso y posibilidad de mejora.

El Plan posee 4 metas estratégicas establecidas para el sector de salud:

1. Lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100 000 nacidos vivos.
2. Mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1000 nacidos vivos.
3. Mantener la cobertura de vacunación del Programa Nacional de Inmunización entre el 90% y 95%.

⁹ UISP-MINSAL. La Reforma de Salud en El Salvador. Recuperado de: curso-UISP-6aG-nov-2016-Reforma de Salud.pdf-foxitreader

4. Reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo de salud de los hogares con respecto al gasto nacional en salud.

➤ **GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

Como un elemento importante en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud, del Modelo de Provisión de Salud en RISS, está basada en la metodología de mejora continua de la calidad, conducida desde el Vice-Ministerio de Servicios de Salud por medio de la Unidad Nacional de Gestión de la Calidad y se ha retomado en las cinco Regiones de Salud, que cuentan con Unidades Organizativas de la Calidad (UOC).¹⁰

Las UOC implementan el sistema de Humanización del Trato, estas unidades se encargan de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad según los Lineamientos de mejora continua de la calidad hospitalaria en RISS y trabajan por mantener una adecuada coordinación entre los comités de Seguridad y Salud Ocupacional, Ética, Derecho a la Salud, Auditoría Clínica y de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Actividad Sanitaria (IAAS). Entre las estrategias de la gestión de calidad podemos mencionar:

- Reducción en los tiempos de espera en los establecimientos de salud de la RISS: Con el objetivo de mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud, disminuyéndolos tiempos de espera para la atención a menos de 2 horas.
- Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública (CICGP): Entre Enero y Marzo del 2016 se realizó la 4 evaluación a la CICGP permitiendo dirigir esfuerzos a la mejora continua de la calidad en los procesos de servicios públicos relacionados a la salud.
- Estándares de calidad: Herramienta para la medición de la mejora continua en los establecimientos de la RISS, realizado por jefaturas de Unidades Organizativas de Calidad con ayuda de un equipo multidisciplinario que mensualmente registra, consolida y analiza el resultado de las mediciones

¹⁰ MINSAL. Informe de Labores 2015-2016

3.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Filosofía de la calidad total

- La persona que hace el trabajo es la que mejor lo conoce.
- Las personas quieren estar involucradas y hacer bien su trabajo
- Cada persona quiere sentirse con capacidad de contribuir al mejoramiento.
- Trabajando juntos se logra mejorar más.
- Procesos estructurados de solución de problemas producen mejores resultados.
- Las técnicas gráficas de solución de problemas permiten mejor visualización.
- No se logra mucho buscando culpables. Se logra más analizando el sistema.
- Mejorar calidad al remover causas de problemas en el sistema, inevitablemente conduce hacia una mejoría de la productividad.
- Colaboración es mejor que rivalidad.
- En cada organización hay "piedras preciosas".

Fundamentos

- Identificación de la cadena cliente proveedor.
- La principal fuente de defectos de calidad son problemas en los procesos.
- Extender la variabilidad de los procesos es clave para mejorar la calidad.
- Identificación de procesos vitales
- Estrategias basadas en pensamientos científicos y herramientas estadísticas.
- Involucramiento total de los empleados en todos los niveles.
- La pobre calidad es costosa.¹¹

¹¹ F.Y. A.,(2016).Estructura sistema gestión de calidad. Recuperado de <https://prezi.com/qjfd3pmzzool/estructura-sistema-gestion-de-calidad>

Atención Sanitaria de calidad (OMS, 1991)

OMS (1991) “Es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros) de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”

Calidad de Atención en salud

Total de aspectos y características de un servicio que permite satisfacer las necesidades implícitas de salud de los individuos o población de forma total, precisa y destinando los recursos necesarios de manera óptima y efectiva.

Tipos de calidad de Atención en Salud:

Absolutista: Quiere lograr lo más posible, del nivel de la salud de mi paciente. Esto implica el indicar muchos estudios. Se quiere hacer todo lo posible por mi paciente.

Individualista: El paciente como sujeto es el que sufre, del que tomo muestra de sangre, el que paga por los estudios que yo le pida, y no necesariamente, va a ser igual su definición de calidad a la que yo tengo como médico, yo como médico si no estoy seguro que mi paciente tenga cáncer, voy a sugerirle: vamos a realizarle una biopsia, o una intervención quirúrgica; pero el paciente puede decir.

Social: Nosotros tenemos unos bienes comunes y que son los recursos que tiene la sociedad para gastar en la salud de la población, el que yo le dé a un sólo individuo, implica que ya no va a estar disponible para el siguiente paciente que se presente, en una definición social se busca lograr el mayor beneficio, pero ello implica que algunos individuos puedan no llegar a recibir todos los beneficios, esto es un beneficio de la mayoría de la sociedad. Entre los elementos institucionales esenciales para la Garantía de la calidad están: Ambiente habilitador interno: Políticas, Liderazgo, Valores básicos y Recursos.

La calidad es multidimensional, se identifican 9 dimensiones de la calidad que son importantes para los actores internos y externos de un sistema de entrega de

servicios de salud: clientes individuales, comunidades, proveedores, administradores y pagadores.¹²

- El desempeño técnico, una de las dimensiones de la calidad más comúnmente reconocida, se refiere al grado en el cual las actividades llevadas a cabo por los trabajadores y establecimientos de salud están en concordancia con estándares o cumplen expectativas técnicas.
- El acceso a los servicios refleja la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales o lingüísticas a los servicios.
- La efectividad de la atención es el grado en el cual los resultados o productos deseados se logran, mientras que la eficiencia de la entrega del servicio se refiere al uso de los recursos para producir dichos servicios.
- Las relaciones interpersonales se refieren a la comunicación efectiva entre el proveedor y el cliente; están basadas en el desarrollo de la confianza, respeto, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones del cliente.
- La continuidad de los servicios se refiere a la entrega de atención por parte del mismo proveedor de atención de salud a lo largo del curso del tratamiento (cuando esto sea apropiado y factible), así como a la referencia oportuna y a la comunicación entre proveedores cuando es necesario contar con proveedores múltiples.
- La seguridad, o el grado en el cual el riesgo de lesión, infección u otro efecto secundario perjudicial es minimizado, es una dimensión crítica de la calidad de la atención y está recibiendo creciente atención debido a la epidemia de VIH/SIDA.
- La infraestructura física y la comodidad forman parte de una dimensión a veces llamada de «amenidades»; incluye la apariencia física del establecimiento, su limpieza, el confort y la intimidad proporcionados al paciente.
- La elección se refiere a la gama de elecciones disponibles para el paciente en cuanto a proveedores, tratamiento o plan de seguro, en la medida de lo apropiado y seguro. Inherente a esta dimensión está el acceso del cliente a la información que le permita hacer una elección informada.

¹² Beatriz.Z Calidad de la Atención de la Salud

➤ **MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE AVEDIS DONABEDIAN**

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio.¹³

Avedis Donabedian profesor emérito de salud pública que se centra en la mejora de la calidad asistencial define que la calidad está íntimamente ligada a la estructura, procesos y resultados en una institución convirtiéndose estos en indicadores que evalúan la calidad, siendo el primero en plantear métodos para la evaluación de la calidad en atención sanitaria aplica 3 elementos básicos del sistema: la estructura, proceso y resultados.

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Estandarización (ISO) definió: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".

Esta definición que gozó de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será

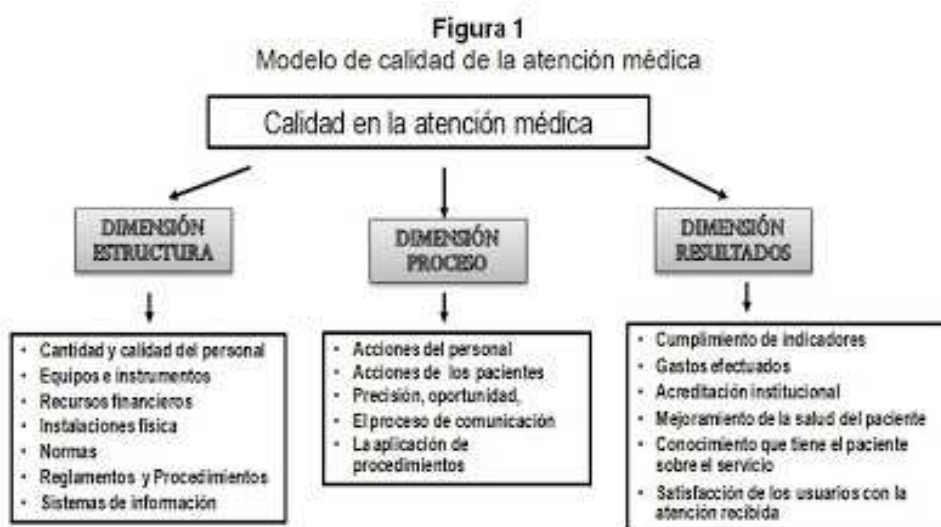
¹³Maritza.T. Modelo de Calidad de la Atención Médica de AvedisDonabedian

distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Finalmente, para este modelo, la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual deriva que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

Figura 1 Estructura del Modelo.



Fuente: Torres (2011) a partir de Donabedian (1966)

INDICADORES DE CALIDAD

Indicadores de la calidad de la estructura: la evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuestos monetarios), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos

institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación). Dentro de los indicadores que se consideran como de estructura esta la accesibilidad geográfica, estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos, los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes investigativas.¹⁴

Indicadores de calidad del proceso: Este es necesario durante las evaluaciones de calidad, es el conjunto de acciones que debe realizar el personal de salud sobre el paciente para arribar a un resultado específico que en general se percibe como la mejoría de la salud. Se trata de un proceso donde la interacción del paciente con el equipo de salud, agregado a la tecnología que se utiliza, juega un papel importante. También se analizan las variables relacionadas con el acceso del paciente al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que el personal de salud realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismo; Entre los indicadores de procesos tenemos los que evalúan la calidad de los documentos o formularios que debe llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud.¹⁵

Resultados: implica los efectos de asistencia en el estado de la salud del paciente y de la población. Las mejoras en el conocimiento del paciente y los cambios en los comportamientos sanitarios se incluyen en la definición amplia del estado de salud al igual que el estado de satisfacción del paciente con respecto a la asistencia.

Indicadores de calidad basados en los resultados: Son el eje central de la investigación para monitorización de la calidad al tener la ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para constituir un reflejo real de calidad de la atención debe contemplar las características de los pacientes en los cuales se basa algo que pueda ser complicado. El resultado se

¹⁴DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación

¹⁵DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación

refiere al beneficio que se logra en los pacientes aunque también suelen medirse en términos de daños.¹⁶

La relación entre las tres categorías para la evaluación de la calidad es que si existe una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado.

Para evaluar la calidad es necesario medir a través del establecimiento de escalas haciendo uso de las innovaciones tecnológicas en la asistencia sanitaria

Componentes de la calidad asistencial

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

El componente interpersonal el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general.

Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable

La aplicación práctica de la mejora de la calidad:

EL diseño de Planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales: En primer lugar el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos que la asistencia comporta, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o causado por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la eficiencia en el uso

¹⁶DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación

de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población

Según Donabedian existen 7 pilares de calidad los cuales son:

1. Eficiencia: es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar.
2. Efectividad: es la mejora de salud alcanzada o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidianas.
3. Eficiencia: no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud si existen dos estrategias de asistencia igualmente de eficacia o efectiva, la menos costosa es la más eficiente.
4. Optimización: es el equilibrio entre las mejoras de salud y los costos de consecuencia de esas mejoras
5. Accesibilidad: es la capacidad de obtener asistencia cuando se requiera obtenerla y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad.
6. Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos valores, normas, leyes y reglamentos.
7. Equidad: es el principio que determina si es justa la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

a. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad, se pusieron en marcha en enero de 2016 y seguirán orientando las políticas y la financiación del PNUD durante los próximos 15 años. En su calidad de organismo principal de las Naciones Unidas para el desarrollo, el PNUD está en una posición única para ayudar a implementar los Objetivos a través de nuestro trabajo en unos 170 países y territorios.¹⁷



¹⁷PNUD(2015) Objetivos de desarrollo sostenible recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/>

Los 17 Objetivos se basan en logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades. Los Objetivos están interrelacionados, con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más frecuentemente vinculadas con otro, conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo para elegir las mejores opciones con el fin de mejorar la vida, de manera sostenible, para las generaciones futuras. Proporcionan orientaciones y metas claras para su adopción por todos los países en conformidad con sus propias prioridades y los desafíos ambientales del mundo en general.¹⁸

La consecución de los ODS requiere la colaboración de los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y los ciudadanos por igual para asegurar que dejaremos un mejor planeta a las generaciones futuras.

➤ **5ª ODS “IGUALDAD DE GÉNERO”**

OMS. (2016).” Garantizar el acceso universal a salud reproductiva y sexual y otorgar a la mujer derechos igualitarios en el acceso a recursos económicos, como tierras y propiedades, son metas fundamentales para conseguir este objetivo. Hoy más mujeres que nunca ocupan cargos públicos, pero alentar a más mujeres para que se conviertan en líderes en todas las regiones ayudarán a fortalecer las políticas y las leyes orientadas a lograr una mayor igualdad entre los géneros”

Poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas no es solo un derecho humano básico, es una base para acelerar el desarrollo sostenible.

Ha sido demostrado una y otra vez que empoderar a las mujeres y niñas tiene un efecto multiplicador y ayuda a promover el crecimiento económico y el desarrollo a nivel mundial. Desde 2000, la igualdad de género es un aspecto primordial de la

¹⁸ PNUD(2015) Objetivos de desarrollo sostenible recuperado de :<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/>

labor del PNUD, sus aliados de la ONU y el resto de la comunidad global. Más niñas asisten hoy a la escuela que hace 15 años y en la mayoría de las regiones se logró la paridad de género en educación primaria. Además, las mujeres constituyen hoy el 41 por ciento de la fuerza laboral remunerada no agrícola, en comparación con el 35 por ciento en 1990, estos logros para garantizar el fin de la discriminación a mujeres y niñas en todo el mundo. Sin embargo, en algunas regiones aún existen grandes desigualdades en el mercado del trabajo, donde a algunas mujeres se les ha negado sistemáticamente el acceso igualitario al empleo. Los obstáculos más difíciles de superar y que aún persisten son la violencia y la explotación sexual, la división desigual del trabajo no remunerado - tanto doméstico como en el cuidado de otras personas- y la discriminación en la toma de decisiones en el ámbito público.

➤ **MORTALIDAD MATERNA:**

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La OMS (2017) “En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.” Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.¹⁹

- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

¹⁹OMS (2016). Factores de riesgo. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo.²⁰

²⁰OMS (2016). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERN

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son⁴:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- Las infecciones (generalmente tras el parto);
- La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia);
- Complicaciones en el parto;
- Los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.²¹

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

La salud materna y neonatal está estrechamente relacionada. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios

²¹ Kenneth. J. L.(2004).Williams, Manual de Obstetricia Primera edición en español. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A.de S.V

capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves post- parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si esta no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitócica inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia, las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección, la pre-eclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con pre eclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.; Para evitar la muerte materna es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la anticoncepción.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En 2015, solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, La falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, Las prácticas culturales o también conocidas como ectnopracticas.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.²²

RESPUESTA DE LA OMS

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó

²² Angulo,E.,Solis,M.,yVasquez,R.(2014) Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender?. Ginecología obstetricia de México, volumen (82),pp648-655

la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030.

La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de la Estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

En el Salvador, en 1990 no existía un dato confiable para conocer la razón de mortalidad materna, en 2005-2006 se estableció que la razón de mortalidad materna fue 71.2 por 100 000 nacidos vivos. ”; En el 2015 el Salvador tuvo una razón de Mortalidad Materna de un 42.3 por 100 000nacidos vivos, para darle cumplimiento a la Organización Mundial para la Salud (OMS) con su 5ª Objetivo de Desarrollo Sostenible “Igualdad de Género”

b. HOGARES DE ESPERA MATERNA

Estrategia HEM Hogar de Espera Materna (HEM)

La institución conocida como, Hogar de Espera Materna (HEM), es una estrategia del Programa: Salud de la mujer, Adolescencia y Niñez de FOSALUD, que se desarrolla en coordinación con MINSAL, tuvo su prueba piloto en el 2007, en el departamento de Morazán, municipio de Pekín, se apertura el primer HEM como una institución comunitaria cuya función principal es el alojamiento temporal de las gestantes con riesgo, originarias de comunidades rurales y con difícil acceso a los servicios de salud, Sirviendo como un hogar de acogida donde el cual tiene como objetivo: fomentar el parto Institucional, esta Institución forma parte de la red de servicios del MINSAL, trabajando con los establecimientos de Salud del Área Geográfica de Influencia (AGI).²³

Tabla 2 Ubicación Geográfica de HEM por Regiones e Ingresos durante el 2016

Región	Municipio	Ingreso 2016
Región Metropolitana	Planes de Renderos	335
Región Central	Guarajila	197
	La Palma	251
	Botoncillal	175
	Puerto La Libertad	207
	Suchitoto	20
	Sensuntepeque	121
Región Oriental	San Gerardo	157
	Chirilagua	35
	Anamoros	169
	La Unión	258
	Perkín	435
	Corinto	--
	Sensuntepeque	121
	Puerto El Triunfo	20
Región Occidental	San Juan Nonualco	72
	Sonsonate	444
	Coatepequé	207
	Izalco	265
	Cara Sucia	444
	Atiquizaya	--

Fuente: informe de labores 2015-2016 MINSAL

²³ Ministerio de Salud.(2008).Guía para la Operativización de la Estrategia “Hogar de Espera Materna “primera edición junio 2008. El Salvador. Ministerio de Salud

Durante su primer año se atendieron 80 mujeres en dicha instalación, hasta el 2016 se han ingresado 20, 744 mujeres embarazadas, púerperas y recién nacidos, la tabla 1 representa la ubicación de las 21 instalaciones de HEM a nivel nacional, 19 están bajo la dirección de FOSALUD y dos que se encuentran bajo la dirección de MINSAL

Cada uno de los Hogares de Espera Materna son atendidos por 4 recursos de Licenciadas en Salud Materno Infantil, las cuales brindan atención las 24 horas del día, trabajando en dúos de los cuales 1 recurso realiza el turno de día y el otro durante la noche, además por normativa técnica tienen que ser apoyados por un personal médico-ginecológico si se tiene la disponibilidad, quien debe realizar evaluación médica de las usuarias por lo menos una vez al día, dicha función debe ser ejercida por la UCSF o ECOS que posea al HEM dentro de su AGI.

Propósito: contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad Materna y Perinatal

Objetivo: propiciar atención integral a las gestantes que demande o sean referidas a los HEM, garantizándoles el alojamiento y la promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la pareja.

Principios:

- **Gratuidad del servicio:** la gestante no pagara por los servicios brindados en el HEM, sin embargo podrá proporcionar de acuerdo a su disponibilidad, una colaboración voluntaria que puede ser tanto financiera como especie, la cual será registrada por la administración local del mismo.
- **Solidaridad de la sociedad civil:** se pondrá en funcionamiento la capacidad de los diferentes actores sociales de organizarse, aportar y gestionar los recursos necesarios con la finalidad que las gestantes reciban los servicios de salud de forma oportuna.
- **Colaboración intersectorial:** el HEM establecerá coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas, nacionales e internacionales con el fin de garantizar los recursos necesarios para la atención de la población ingresada.

- **Universalidad:** el HEM dará alojamiento a toda gestante o puérpera, procedentes de áreas de difícil acceso sin distinción social, política, religiosa y cultural.

Criterios de ingreso: antecedentes de: muerte perinatal, cesárea, parto complicado, HTA, enfermedad cardíaca, enfermedades crónicas, diabetes, anemias, poli hidramnios, pre eclampsia, presentación fetal no cefálica, embarazo múltiple, mujeres con embarazo normal pero con difícil accesibilidad geográfica u otro factor de riesgo social.

Oferta básica de servicios: Los Hogares de Espera Materna, superando las barreras geográficas, económicas y culturales entre otras brindando de forma gratuita alojamiento, alimenticio y promoción de la salud básica con enfoque de género y derechos reproductivos a la embarazadas en sus últimas semanas de gestación y durante el postparto, así mismo sirviendo como línea de acceso directo a otras instituciones de salud de 1° y 2° nivel de acuerdo a las necesidades de cada usuaria.²⁴

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD:

Promoción y educación en salud: durante su estancia se brindaran consejerías sobre temas relevantes de la salud materno infantil, con ayuda de material educativo escrito y audio visual para ser compartido con la gestante y sus familiares.

El HEM se basa en ejes fundamentales para la atención de la mujer embarazada.

Atención. Este componente se refiere a los servicios de salud dirigidos de forma especializada hacia las mujeres gestantes y puérperas que hacen uso de los servicios del HEM, donde se contempla: como mínimo 2 controles diarios por parte de personal capacitado que permitan detectar tempranamente signos y síntomas de alarma para la madre y su hijo o hija, así como de consejerías que generen un cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas negativas referentes al embarazo, parto, puerperio y sus recién nacidos.

²⁴ Ministerio de Salud.(2008).Guía para la Operativización de la Estrategia “Hogar de Espera Materna “primera edición junio 2008. El Salvador. Ministerio de Salud

Tratamiento. Este elemento está definido por la administración del componente hospitalario de Salud Materno Infantil, que garantice un parto limpio, seguro e institucional; así como el tratamiento adecuado y oportuno ante alguna aparición de complicaciones para la madre embarazada o puérpera, como para su hijo o hija.

Los HEM brindan atención las 24 horas los 365 días al año de forma continua y gratuita, son administrado por 4 recursos Materno Infantiles, de las cuales 1 se encuentra en turno para la atención de las usuarias ingresadas, se trabaja en coordinación con los establecimientos del primer nivel de salud y otras instituciones municipales quienes brindan: atenciones diarias de salud por parte de personal médico/a, servicios de pruebas complementarias y odontología, transporte para la referencia oportuna de usuarias a instituciones de 1° y 2° nivel, el médico/a director de UCSF se encuentra como enlace inmediato con autoridades, áreas de servicio y mantenimiento de MINSAL. Los HEM forman parte de la red de servicios de MINSAL, pero trabajan con la red de establecimientos de salud del Área Geográfica de Influencia (AGI)

Entre las funciones de la UCSF cuya Área Geográfica de Influencia (AGI) se encuentre ubicado un HEM esta será responsable directo y ejecutara las siguientes acciones:

- Coordinar, monitorear y supervisar la prestación de servicios de salud del HEM y que estos sean apegados a normas, procesos y procedimientos institucionales.
- Proveer insumos médicos y no médicos, materiales educativos y de promoción a la salud de acuerdo a su disponibilidad y bajo procedimiento administrativo vigente en el MINSAL.
- Brindar atenciones a las gestantes del HEM por personal capacitado y de acuerdo a norma, así como los servicios de apoyo técnico y administrativo, incluyendo la coordinación de transporte para traslado de pacientes del HEM al Hospital y viceversa.
- Coordinar de forma continua con hospital de AGI para referencia y retorno de pacientes, educación continua de personal etc.

- Facilitar la organización del Comité Directivo del HEM y ser parte integral de el
- Velar por el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de Organización y Funcionamiento del HEM.
- Socializar el funcionamiento del HEM en las comunidades e instituciones.
- Facilitar y analizar periódicamente la evaluación del HEM y envió a SIBASI y a la Dirección Regional para su conocimiento y efectos consiguientes.
- Apoyar coordinación y gestión de recursos del comité directivo del HEM con instancias gubernamentales no gubernamentales, públicas y privadas, nacionales e internacionales.
- Elaborar referencias de las gestantes ingresadas en el HEM hacia el hospital donde se verificara parto.
- Diseño e implementación de plan de educación continua para personal que atiende HEM
- Llevar un sistema de información del HEM
- Coordinar con promotores de salud, parteras y ONG del AGI la referencia de gestantes al HEM
- Promocionar con gobiernos locales de la red el HEM²⁵

➤ **ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL.**

Se refiere al proceso mediante el cual el producto de la concepción (uno o más fetos) y sus anexos salen del organismo materno a través del canal de parto. Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos.²⁶

²⁵ Ministerio de Salud.(2008).Guía para la Operativización de la Estrategia “Hogar de Espera Materna “primera edición junio 2008. El Salvador. Ministerio de Salud

²⁶Ministerio de Salud. (2011). Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepción, parto, puerperio y al recién nacido

Objetivos de la atención del parto:

Garantizar el acceso a la atención del parto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente certificado.

Asegurar que la atención del parto se realice de forma oportuna y con calidad de tal manera que sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.

Operatividad adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la Red de establecimientos de salud.

Abordar a la embarazada y a su familia como seres humanos integrales quienes provienen de un entorno socio cultural específico.

Desarrollar con la mujer embarazada y pareja acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa en el proceso de parto y crianza.

Atención del parto: Conjunto de acciones que se realizan con una mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar para la mujer y el recién nacido/a

Periodos del parto: El trabajo de parto se divide en 4 periodos:

- 1. Periodo Borramiento y dilatación:** Incluye el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix, este se divide en dos fases:
 - **Borramiento:** Acortamiento del cuello del útero y adelgazamiento progresivo de la longitud de este de 0 a 100%
 - **Dilatación:** aumento del diámetro del canal cervical medio en centímetros de 0 a 10.
- 2. Periodo Expulsivo:** Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con la salida del recién nacido/a.
- 3. Periodo Alumbramiento o periodo placentario:** Inicia con la salida del recién nacido/a y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corio-amnióticas.
- 4. Periodo Post-Alumbramiento:** Comprende por las dos horas siguientes al parto.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El estudio fue cuantitativo, descriptivo, trasversal por ser un corte en el tiempo .

Unidad de análisis

Instalaciones de Hogares de Espera Materna en El Salvador.

Universo

Se tomó como universo las 76 Profesionales de salud que laboran en los HEM de con dirección de FOSALUD.

Muestra

La muestra fue de 63.4 y se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQ N}{NE^2 + Z^2 PQ}$$

n= Tamaño de muestra

N= tamaño de Universo = 76

Z=Nivel de confianza=95% (1.96)

Q=Variabilidad negativa 50% (0.5)

P= Variabilidad positiva 50% (0.5)

E= margen de error = 5% (0.05)

$$\frac{n = (1.96)^2 (0.5) (0.5) (76)}{(76) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{72.9904}{1.1504} = 63.4$$

$$(76) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5) \quad 1.1504$$

Procedimientos:

Para la recolección de los datos previamente se solicitó la autorización con la jefatura de los HEM en FOSALUD para la realización del estudio, la prueba piloto se realizó en HEM de Izalco, la cual sirvió para la corrección de sesgos, como instrumento se utilizó: 1 cuestionario estructurado de preguntas cerradas y de múltiple escoge según escala de Liker, el cual fue llenado por el personal de salud que labora en las Instalaciones, durante las reuniones administrativas mensuales del personal en FOSALUD, se realizó un cuadro de conformación de grupo donde se eligió al personal que participaría en la investigación por elección simple. Se brindó un consentimiento informado para que el personal que participara en el estudio, conozca la naturaleza de este.

Procesamiento

Para el procesamiento de información se realizó un cuadro resumen que cuantifico la información obtenida, donde se tabulo con ayuda de la técnica de palotes las respuestas obtenidas de los 63 cuestionarios, una vez contabilizado se realizó el análisis de los datos obtenidos, para posteriormente se presentaron los resultados obtenidos en grafica de pasteles y barras en forma alternada.

Técnicas de análisis

Para el análisis de los resultados se construyeron cuadros comparativos de los 3 Rubros del cuestionario, una vez obtenidos los datos de la encuesta y se unieron las preguntas se tenían similitud para ir las relacionando y hacer el análisis de los resultados

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Recursos Materiales

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala	Fuentes	Técnica
Recursos Materiales	Son los bienes tangibles o concretos que disponen una empresa u organización con el fin de cumplir y lograr sus objetivos como: instalaciones, materia prima, equipos, herramientas , entre otros.	Accesibilidad geográfica para usuaria del AGI	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Espacios físicos para la interacción de usuarias	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Camas disponibles en el HEM	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Baños disponibles para usuarias y personal de salud	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Características del Consultorio Clínico.	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Abastecimiento de agua potable	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Iluminación de instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Ventilación de instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario

		Equipo médico de instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Suministro de micronutrientes maternos de instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Mantenimiento de las Instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Recursos para el traslado de usuarias	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Equipo de oficina de Instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Equipo de oficina de Instalaciones	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Presupuesto para la alimentación de las usuarias	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario

Recursos Humanos

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala	Fuentes	Técnica
Recurso Humano	Conjunto de trabajadores o empleados que forman parte de una empresa o institución y que se caracterizan por desempeñar una variada lista de tareas específicas a cada sector.	Cantidad de personal asignada por turno	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Cumplimiento a Guía Operativa de Atención	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Capacidad para trabajar en equipo	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Cumplimiento del Plan Integral de Educación Continua a usuarias	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Cumplimiento de Terapias Ocupacionales	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Puntualidad a horarios de trabajo	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Puntualidad en la entrega de informes mensuales	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Disposición de Personal Ordenanza	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Disposición de personal de vigilancia las 24 horas.	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuadas	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario

Coordinaciones con Instituciones de Referencia

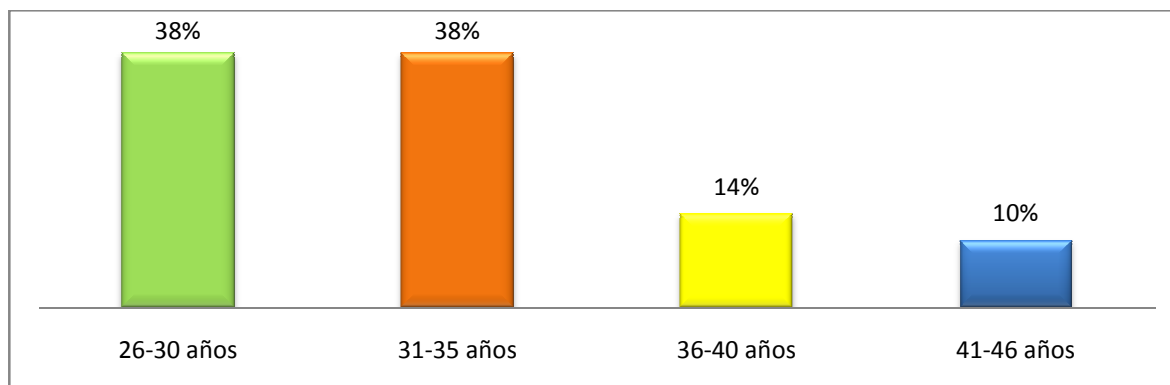
Variable	Definición operativa	Indicador	Escala	Fuentes	Técnica
Coordinaciones gerenciales con instituciones de referencia de los HEM.	Se refiere al conjunto de acuerdos, organizaciones relevantes interinstitucionales.	Accesibilidad geográfica a Instituciones que refieren usuarias	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Involucramiento de Director/a con HEM	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Acceso a listados de Embarazadas esperadas por AGI	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Acceso a Información de usuarias referidas para seguimiento.	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Cumplimiento de Médico evaluación diaria	Muy Adecuado /adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado /muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Provisión de medicamentos a usuarias ingresadas	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Acceso interconsulta con Médicos Especialistas	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Acceso pruebas de laboratorio y exámenes complementarios	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario

		Acceso medios de transporte para traslado de Hospital y UCSFI a HEM	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Cumplimiento de acompañamiento o por personal para entrega de usuarias	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario
		Involucramiento y accesibilidad a d RIIS Municipales	Muy Adecuado/ adecuado/ni adecuado ni inadecuado/ Inadecuado/muy inadecuado	Personal de trabajo que labora en HEM	cuestionario

V. RESULTADOS.

Datos Generales

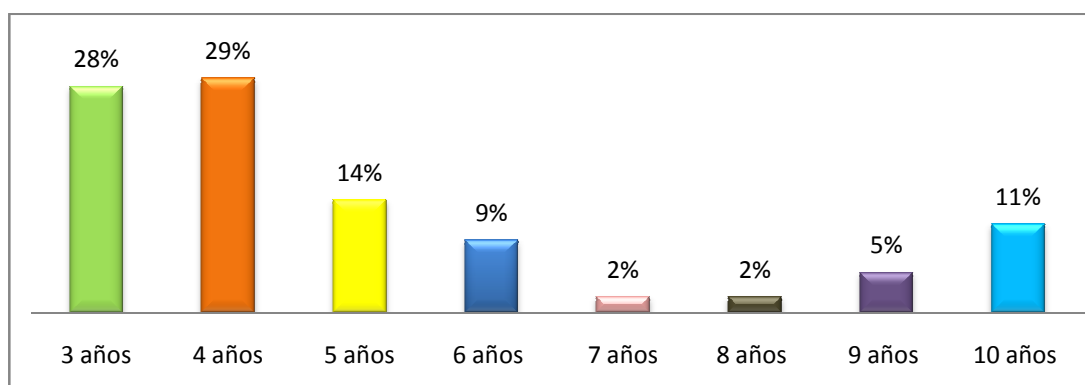
Gráfica. Edad de participantes.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Se solicitó la edad del personal que participo en el estudio y se identificó que el 38% se encuentra entre las edades de 26 a 30 años, con igual porcentaje se vio el rango de edad de 31 a 35 años, seguidos del 14% en el rango de edad de 36 a 40 años, por último el menor porcentaje fue de 10% para las edades de 41-46 años

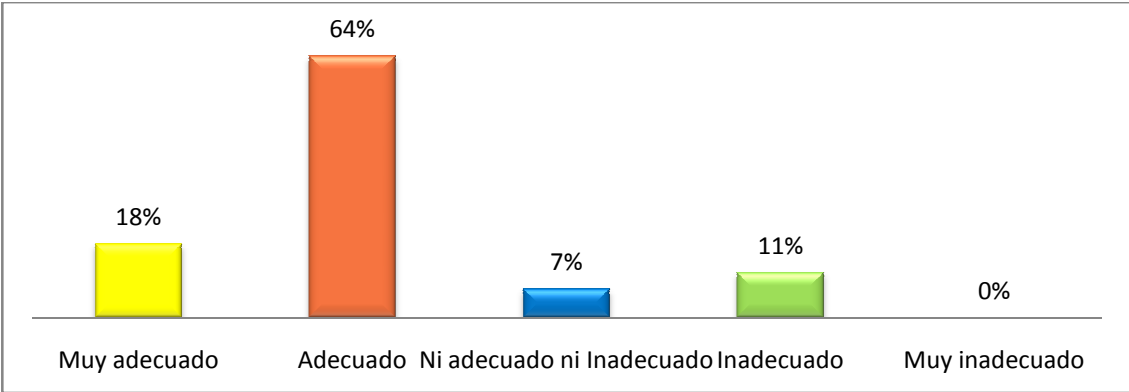
Gráfica. Tiempo laboral en años.



La información obtenida sobre los años laborales del personal de salud en los HEM, revelo que la mayor parte de los encuestados poseen 4 años con el 29%, seguidos de 3 años con un 28%, luego 5 años con 14%, después 10 años con 11%, 6 años con 9%, los encuestados con 9 años laborales fueron el 5% y las edades de 7 y 8 años obtuvieron un 2% cada una.

Recursos Materiales

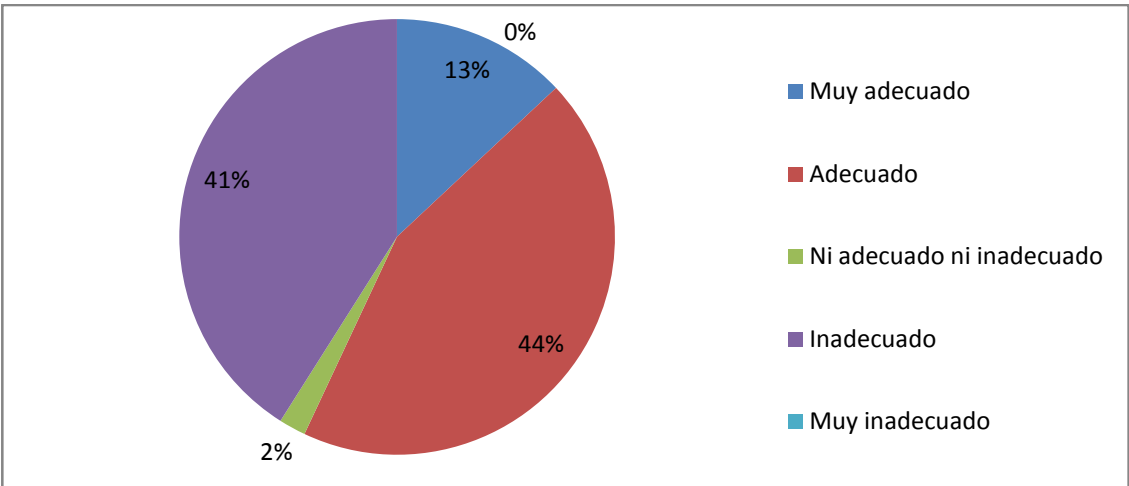
Grafica 1. Acceso geográfico de HEM, para usuarias esperadas por AGI



Fuente: Cuestionario análisis de calidad.

Con respecto al Acceso Geográfico a las Instalaciones de los HEM, para las usuarias esperadas por AGI, se obtuvo que el 64% de la población entrevistada respondió Adecuada, el 18% Muy adecuada, el 11% Inadecuado, el 7% ni adecuado ni inadecuado y nadie respondió Muy inadecuado.

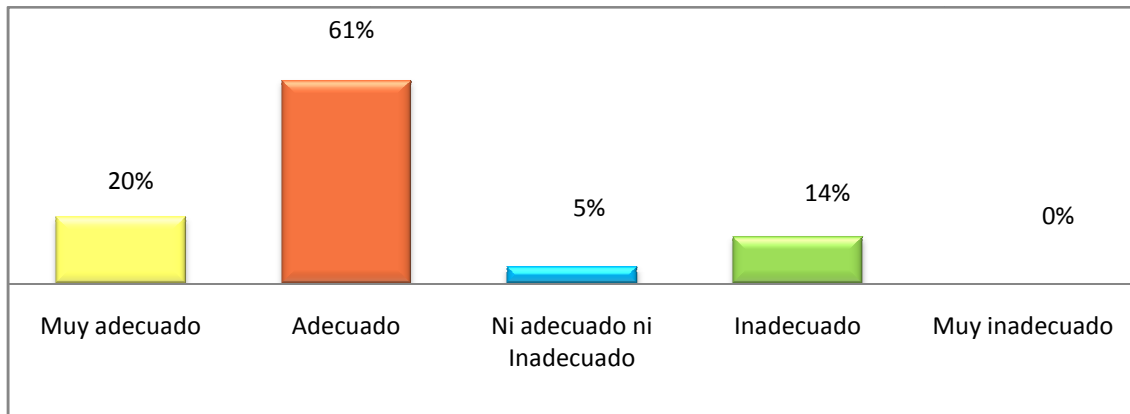
Grafica 2. Espacio y mobiliario de Instalaciones para las usuarias



Fuente: Cuestionario análisis de calidad.

Sobre el espacio y mobiliario en las áreas sociales de las usuarias el 47% de los datos obtenidos refirieron que son Adecuados, el 25% refirieron ser Muy adecuados, un 14% refieren que son Inadecuados y el mismo número, ni adecuados ni inadecuados, nadie refirió que sean muy inadecuados.

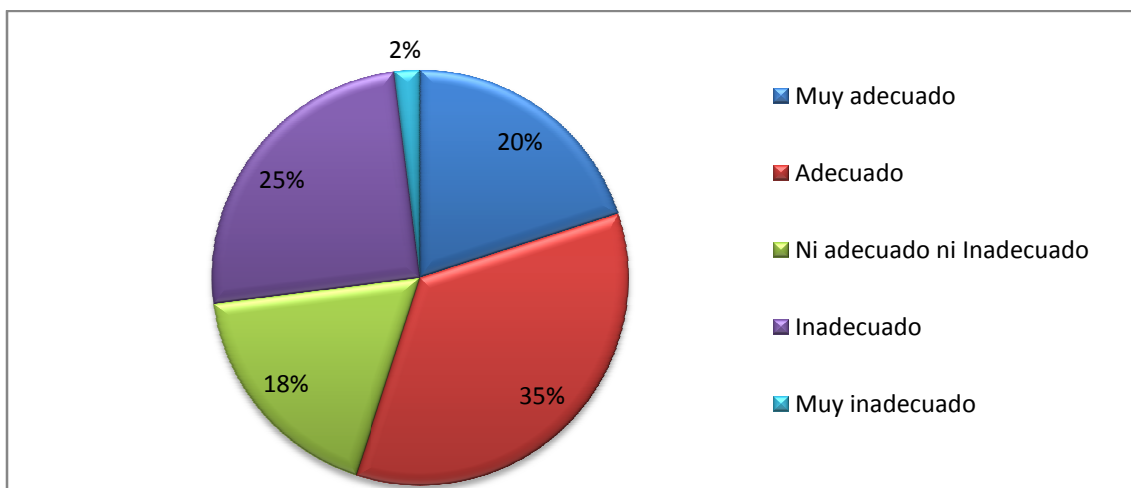
Grafica 3. Camas disponibles



Fuente: Cuestionario análisis de calidad.

En relación a la cantidad de cuartos y camas disponibles para las usuarias que hacen uso de las instalaciones de los HEM, el 61% del personal entrevistado consideran que es Adecuado, el 20% Muy adecuado, 14% refieren que son Inadecuados, 5% refirieron Ni adecuados ni inadecuados y 0% que son muy Inadecuados.

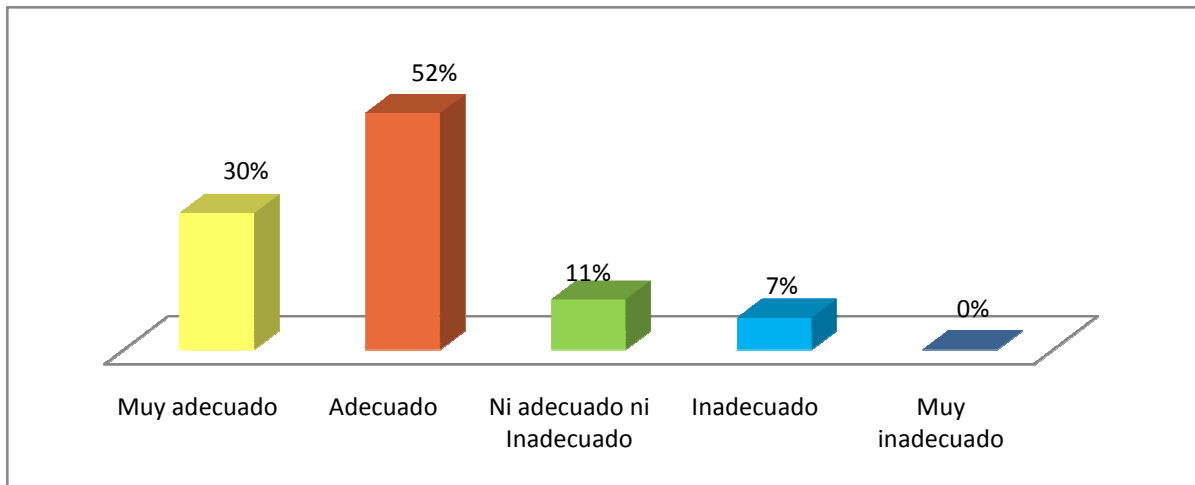
Grafica 4. Cantidad de baños para usuarias y personal de salud.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad.

Los datos obtenidos al indagar si son suficientes la cantidad de baños que existen en las instalaciones para el uso de usuarias, se estableció que el 35% de la muestra dijeron que eran la cantidad Adecuada, el 25% dijeron que eran Inadecuados, 20% Muy adecuado, 18% Ni adecuado ni inadecuado y el 2% Muy inadecuado.

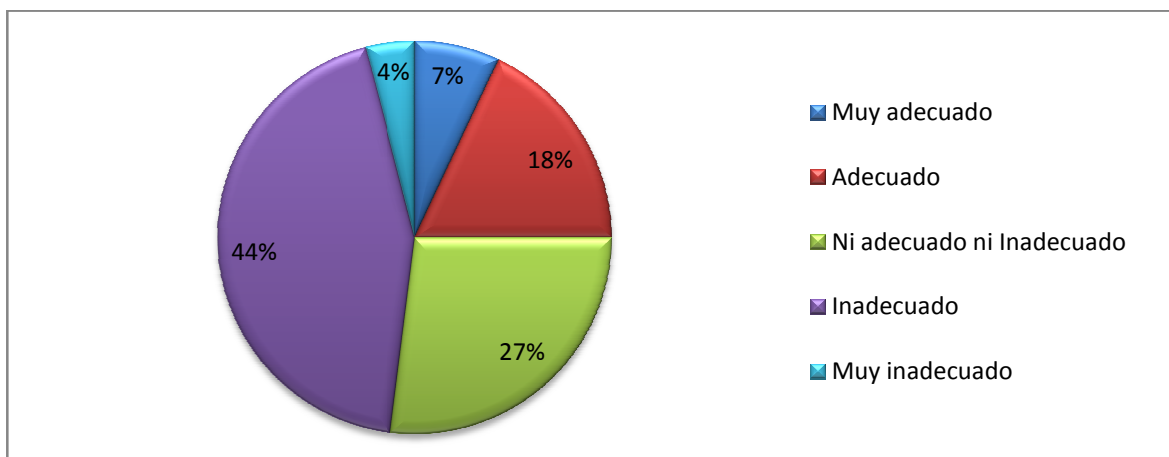
Grafica 5. Características de consultorio clínico.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

En relación a las características de la estructura físicas del consultorio de las instalaciones de los HEM, el 52% de la población entrevistada refiere que son Adecuados para la atención de usuarias, el 30% Muy adecuado, el 11% ni adecuados ni inadecuados, el 7% Inadecuado y nadie respondió muy inadecuados.

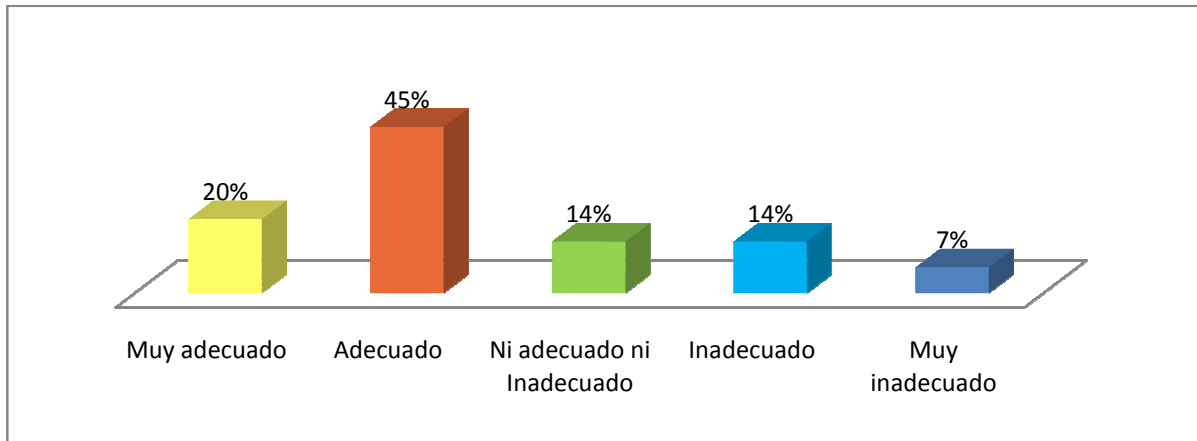
Grafica 6. Abastecimiento de agua potable en Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se indago a la población muestra sobre el Abastecimiento del servicio de Agua potable a las instalaciones del HEM, el 44% de la población refirieron que es Inadecuada, el 27% Ni adecuada ni inadecuada, un 18% consideran que es Adecuada, 7% Muy adecuada y 4% Muy inadecuada.

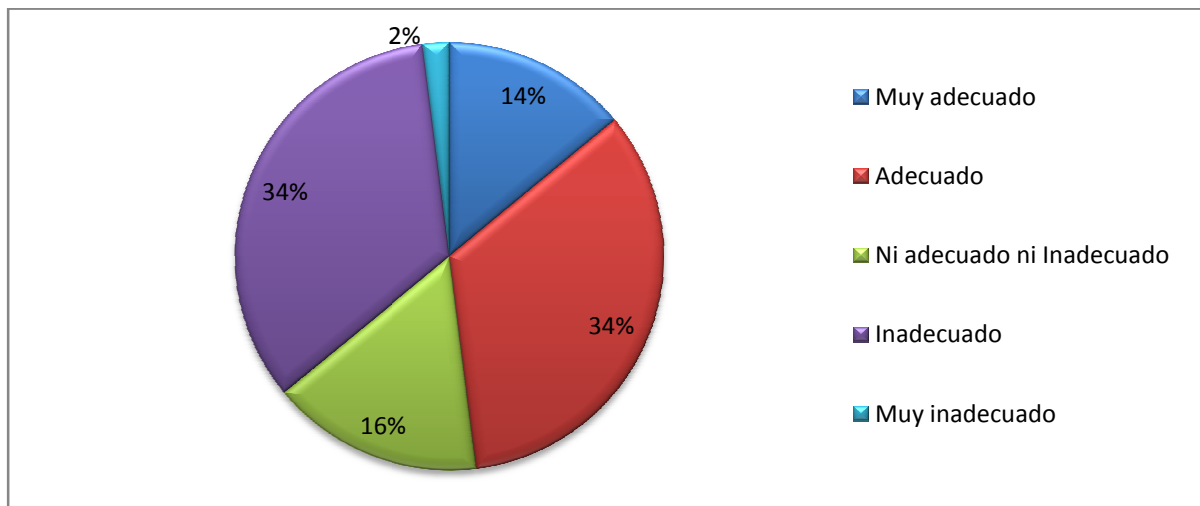
Grafica7.Iluminación de instalaciones en HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Al cuestionar a la población sobre la Iluminación de las Instalaciones del HEM y sus periferias, el 45% refieren que es Adecuado, 20% la calificaron como Muy adecuado, un 14% Ni adecuado ni inadecuado y la misma cantidad Inadecuado, mientras que un 7% expresaron Muy inadecuado.

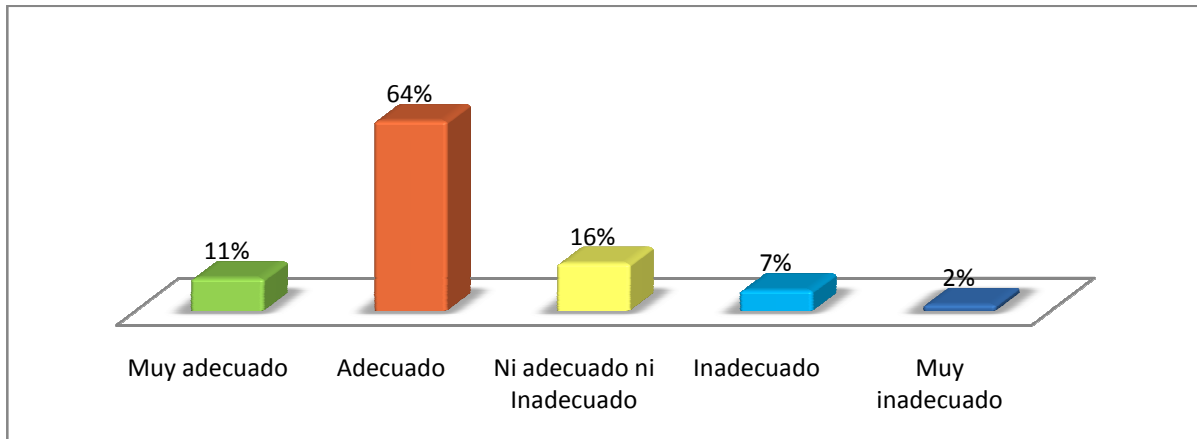
Grafica 8. Ventilación de Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se indago en el estudio sobre la ventilación dentro de las Instalaciones de los HEM, 34% expuso que eran Adecuadas, de forma paralela la misma cantidad le calificaron como que era Inadecuada, el 16% dijeron Ni adecuado ni inadecuado, 14% Muy adecuado y un 2% Muy adecuado.

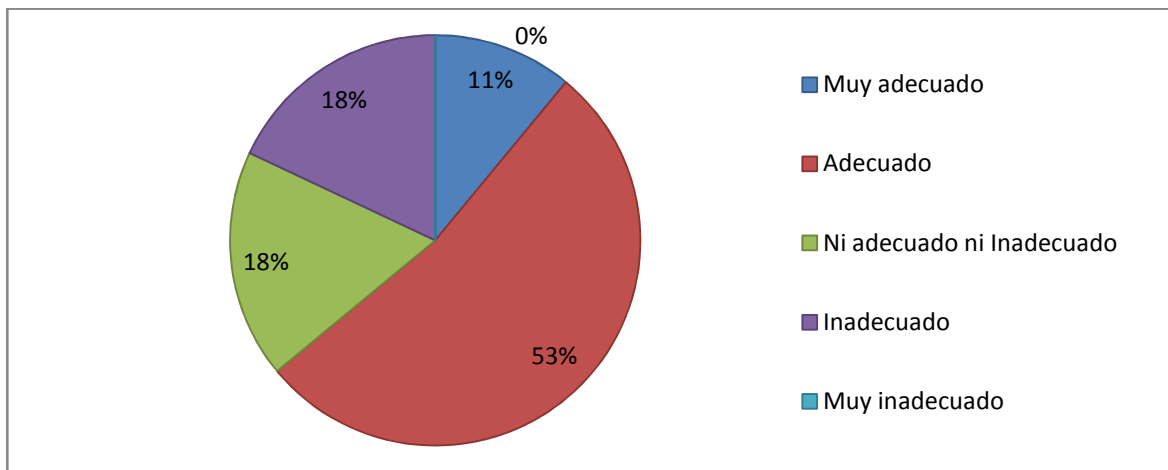
Grafica 9. Equipo médico de Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se preguntó al personal si poseen el Equipo Médico necesario para la atención de usuarias en las instalaciones, el 64% refirieron que el equipo es Adecuado, 16% Ni adecuado ni inadecuado, el 11% Muy adecuado, 7% Inadecuado y un 2% muy inadecuado.

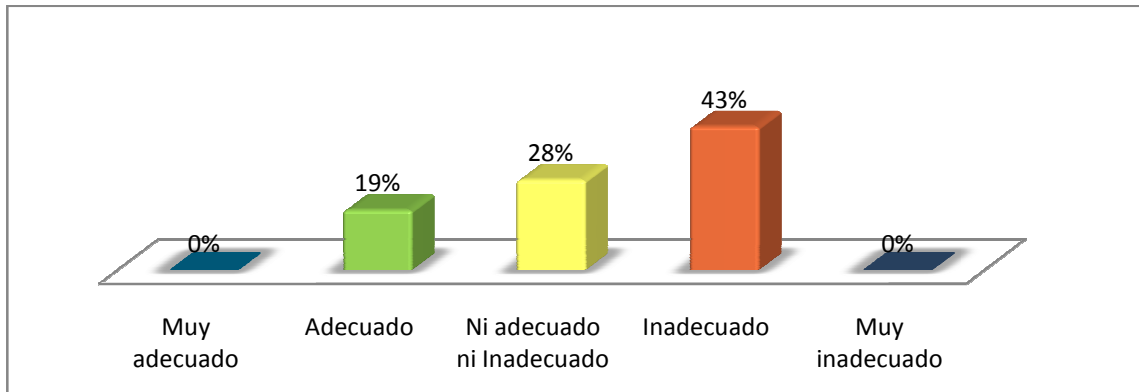
Grafica 10. Abatecimiento de Micronutrientes Maternos.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto a la cantidad de Micronutrientes Maternos que poseen las Instalaciones de los HEM para las usuarias ingresadas, el 53% de la población entrevistada refieren que es Adecuado, 18% Ni inadecuado ni adecuado de igual forma la misma cantidad refirieron que eran Inadecuados, nadie expreso que fuesen muy inadecuados.

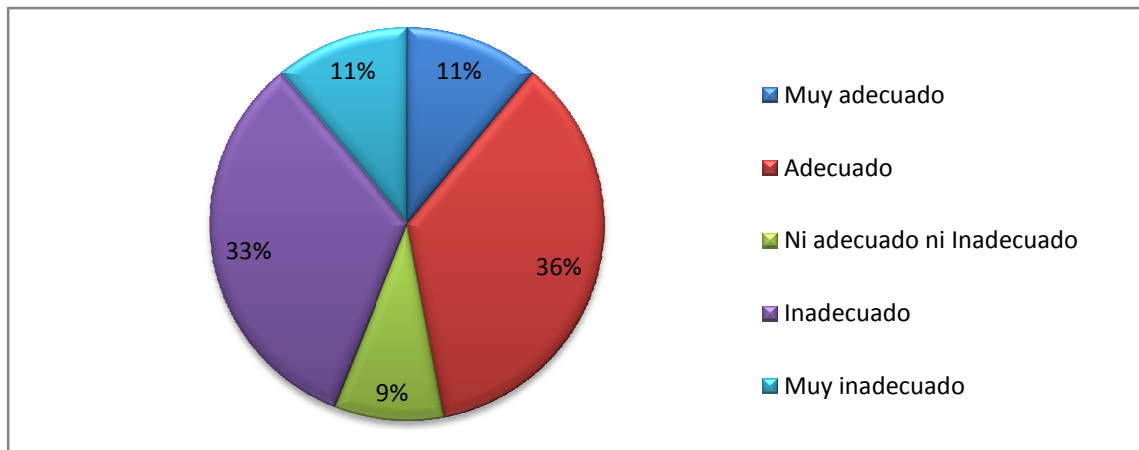
Grafica 11. Mantenimiento de las Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

En relación al mantenimiento para el equipo e instalaciones del HEM, los datos obtenidos fueron 43% indicaron que era Inadecuado, 28% Ni adecuado ni inadecuado, 19% Adecuado, ninguna persona refirieron Muy adecuado o Muy inadecuado.

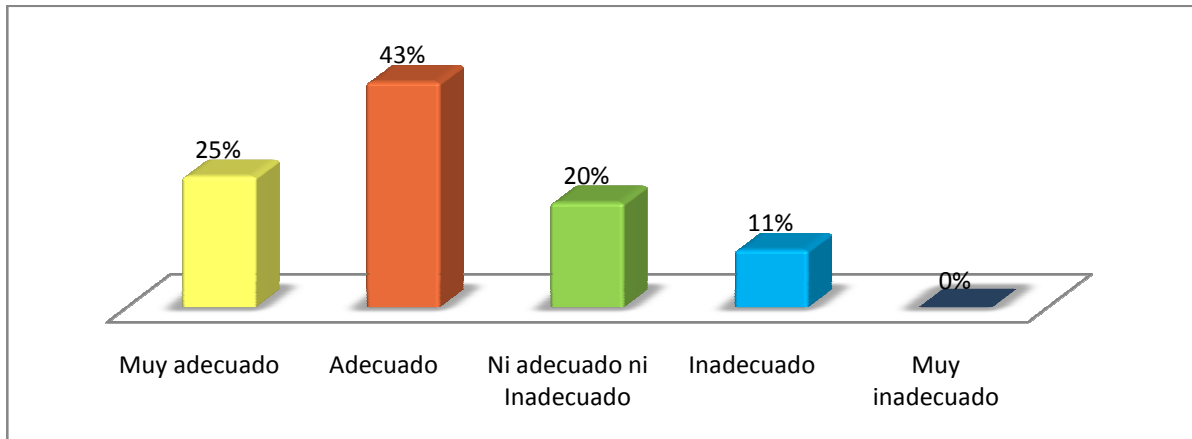
Grafica 12. Recursos Materiales para el traslado de usuarias a Instituciones de referencia.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Al indagar a la población entrevistada sobre la disponibilidad de los Recursos Materiales como automóvil y gasolina, para realizar los traslados de las usuarias a los Hospitales de Referencia, el 36% refieren que es Adecuado, 33% Inadecuado un 11% dijeron Muy adecuado de forma paralela la misma cantidad dijeron Muy inadecuado, y el 9% Ni inadecuado ni adecuado.

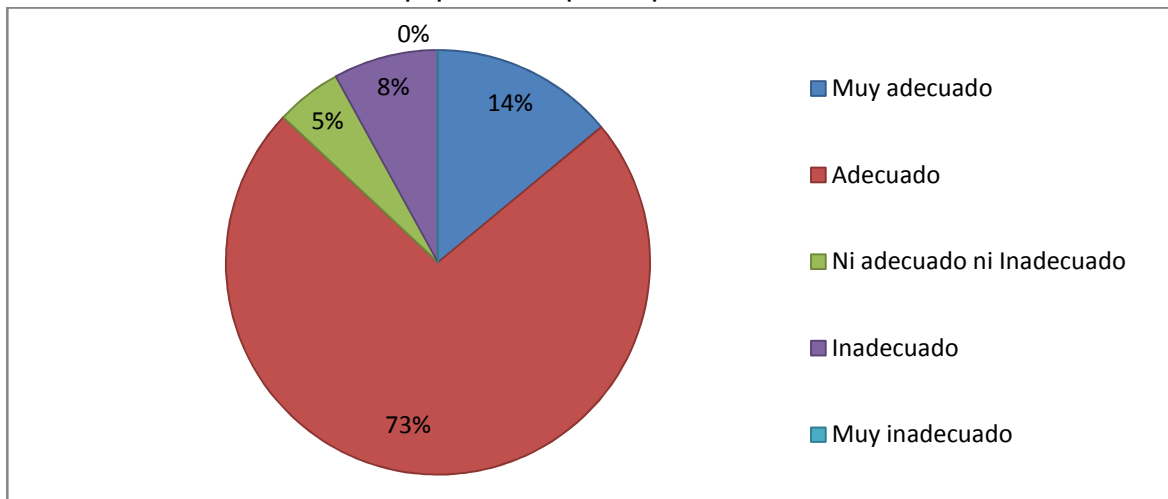
Grafica 13. Equipo de oficina que posee las Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se indaga en el estudio del acceso a Equipo de Oficina como papel, lápiz, plumones, engrapadora, computadora etc. que poseen las Instalaciones de los HEM, el 43% expusieron que son Adecuados, 25% Muy adecuados, 20% Ni adecuados ni inadecuados, 11% Inadecuados y nadie respondió Muy Inadecuados.

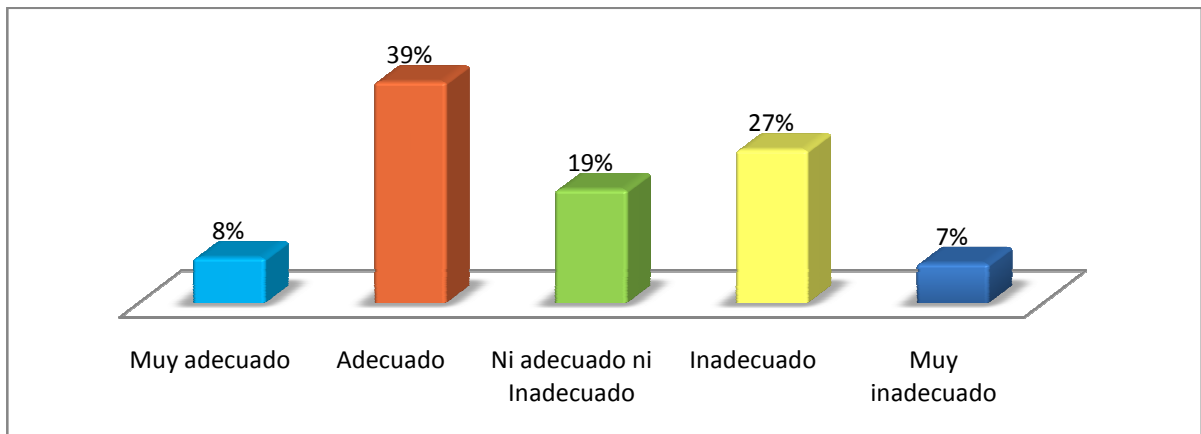
Grafica 14. Equipo de limpieza para las Instalaciones.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto al acceso a Equipo de limpieza como escoba, trapeadores, bolsa de basura, lejía, etc. que poseen las Instalaciones de los HEM, el 73% de las entrevistadas refirieron ser Adecuados, 14% Muy adecuados, 8% Inadecuados, 5% Ni adecuados ni inadecuados y nadie respondió Muy inadecuados.

Grafica 15. Presupuesto para la alimentación de las usuarias.

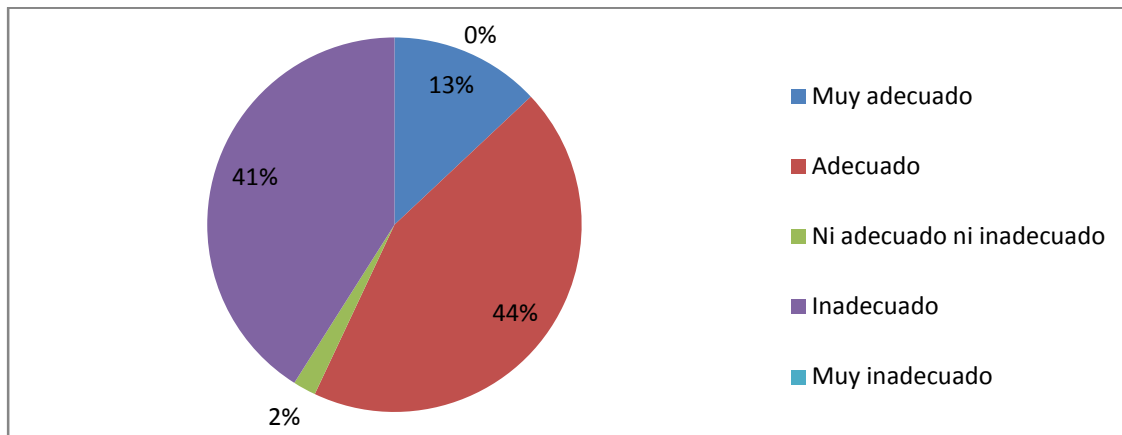


Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se preguntó a la población entrevistada sobre la cantidad de presupuesto para la alimentación de las usuarias ingresadas en los, el 39% lo calificó como Adecuado, 27% Inadecuado, 19% Ni adecuado ni inadecuado, 8% Muy adecuado y el 7% Muy inadecuado.

Recurso Humano

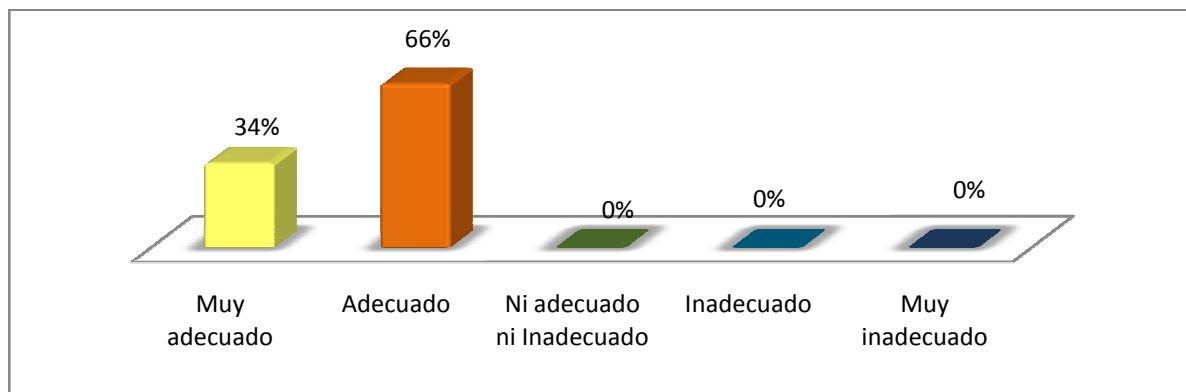
Grafica 16. Cantidad de personal de salud asignada por turno, para la atención de usuarias



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Los datos obtenidos al preguntar a la población sobre la cantidad de personal de salud asignados por turno para la atención de las usuarias, el 44% expresaron que es Adecuada, 41% Inadecuada, 13% Muy adecuada, 2% Ni adecuada ni inadecuada y nadie respondió Muy inadecuada.

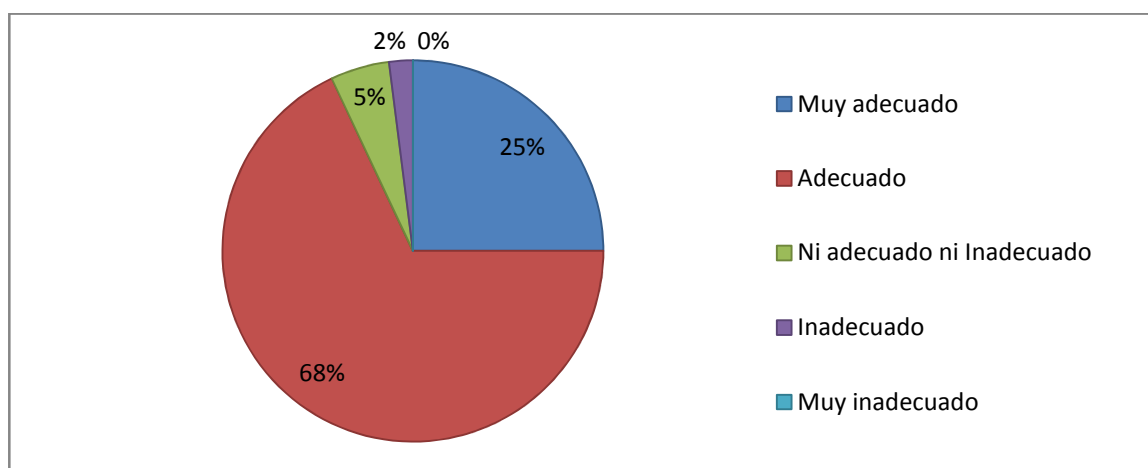
Grafica 17. Cumplimiento de Guía Operativa de Atención de Usuaris



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Durante el estudio al indagar sobre el cumplimiento a La Guía Operativa del HEM por parte del Equipos de trabajo que labora en dicha institución, el 66% refirieron que eran Adecuados, 34% Muy adecuados, nadie respondió Ni adecuados ni inadecuados, Inadecuado o Muy inadecuado.

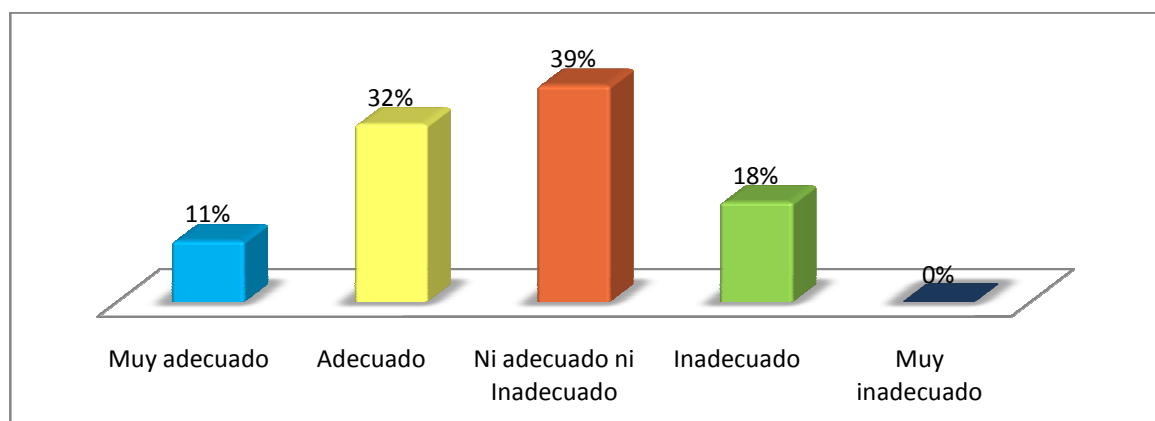
Grafica 18. Capacidad de trabajar en del personal del HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto a la capacidad de trabajo en Equipo que posee el personal de salud que laboran en las Instalaciones del HEM, el 68% de los entrevistados refirió que es Adecuada, 25% Muy adecuada, 5% Ni adecuada ni inadecuado, 2% Inadecuado y nadie respondió Muy inadecuado.

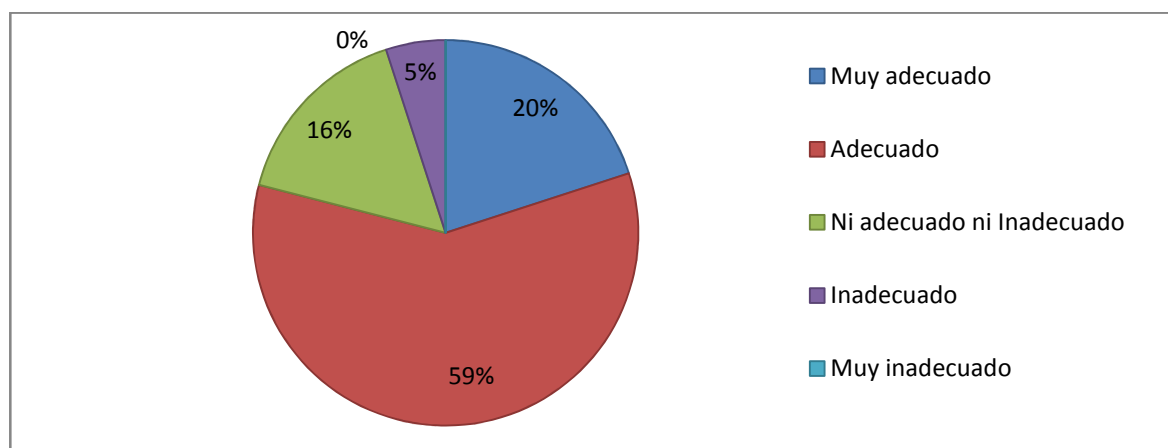
Grafica 19. Educación Continua para personal de salud.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Los resultados sobre las capacitaciones de Educación Continua para el personal de salud que labora en los HEM, el 39% de la población entrevistada refirió que son Ni adecuados ni inadecuados, el 32% Adecuados, 18% Inadecuados, 11% muy adecuados y nadie refirió muy inadecuados

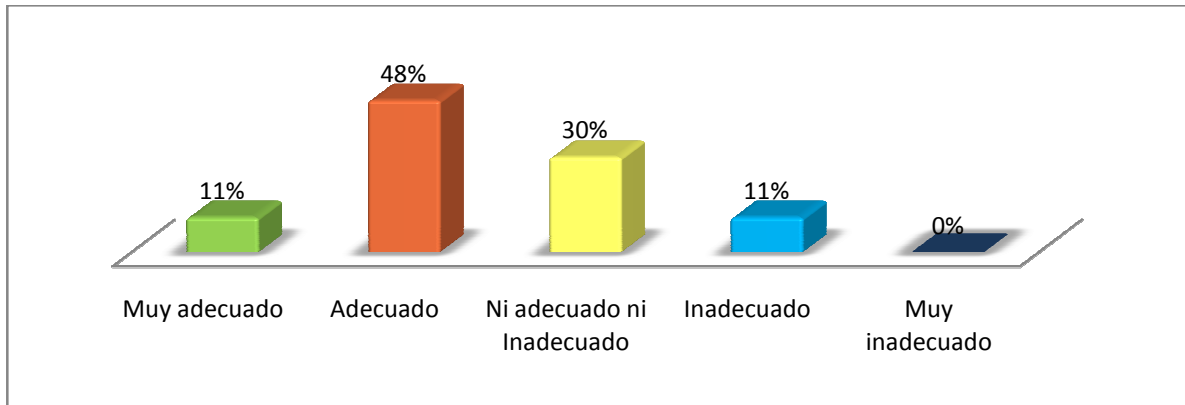
Grafica 20. Cumplimiento a Plan IEC de usuarias.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Al preguntar a la población sobre el Cumplimiento al Plan IEC a las usuarias ingresadas en los HEM, el 59% dijo que se desarrolla de forma Adecuada, el 20% Muy adecuada, 16% Ni adecuado ni inadecuado, 5% Inadecuados y nadie respondió muy inadecuados.

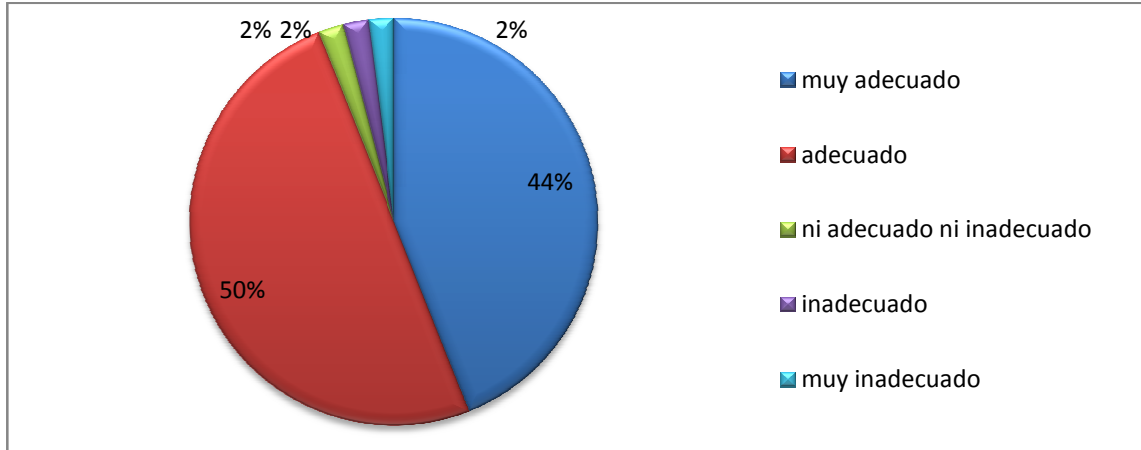
Grafica 21. Realización de Terapias Ocupacionales con usuarias.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Al indagar sobre el cumplimiento a las Terapias Ocupacionales con las usuarias ingresadas del HEM, el 48% refirió que son adecuadas, 30% Ni adecuado ni inadecuado, 11% dijeron Muy adecuado y la misma cantidad Inadecuado, nadie respondió Muy inadecuado.

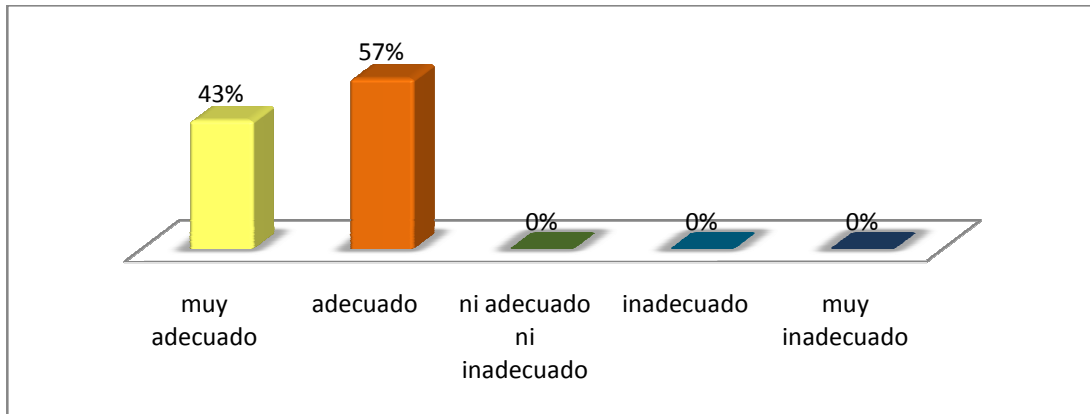
Grafica 22. Puntualidad en Horarios de trabajo.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se cuestionó a la población sobre la Puntualidad del personal de salud a los horarios de trabajo de la Institución, el 50% dijeron que los horarios se cumplían de forma Adecuada, 44% Muy adecuado, 2% indicaron que eran Ni adecuado ni inadecuado, la misma cantidad refirieron Inadecuado y Muy Inadecuado.

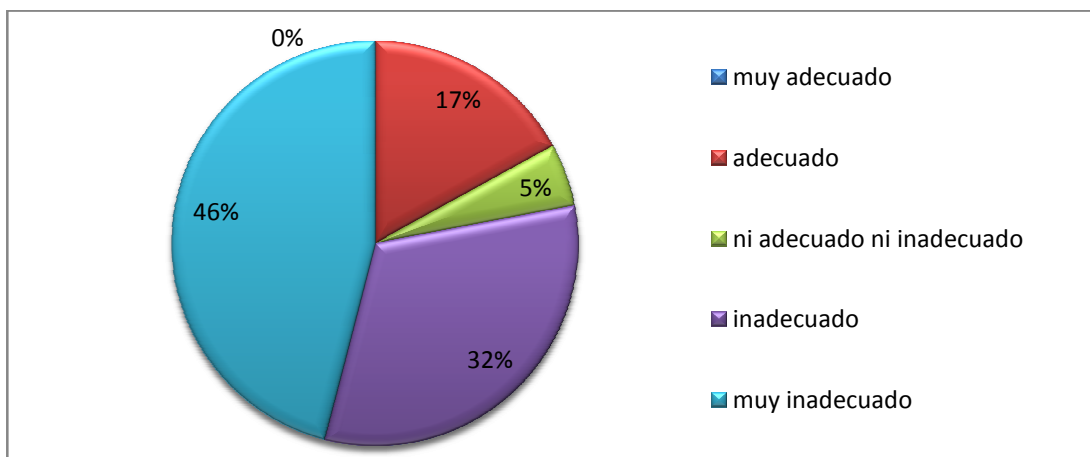
Grafica 23. Puntualidad en la entrega de informes mensuales del HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto a la puntualidad en la entrega de informes mensuales 57% de la población entrevistadas refirieron que la puntualidad es Adecuada, 43% la identifico como Muy adecuada y nadie respondió Ni adecuada ni inadecuada, Inadecuada o Muy inadecuada.

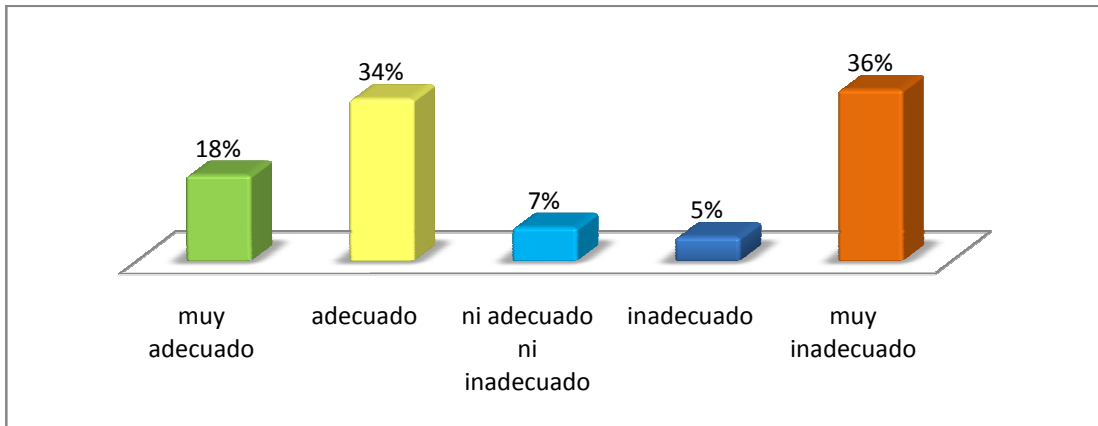
Grafica 24. Personal ordenanza para las instalaciones del HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

En relación a la información obtenida de la disposición del servicio de Ordenanza en las Instalaciones del HEM, el 46% de la población refirió que el servicio es Muy inadecuado, 32% refieren que es Inadecuado, 17% refieren que es Adecuado, 5% Ni adecuado ni inadecuado y nadie respondió que era Muy adecuado.

Grafica 25. Personal de vigilancia las 24 horas para las Instalaciones del HEM.

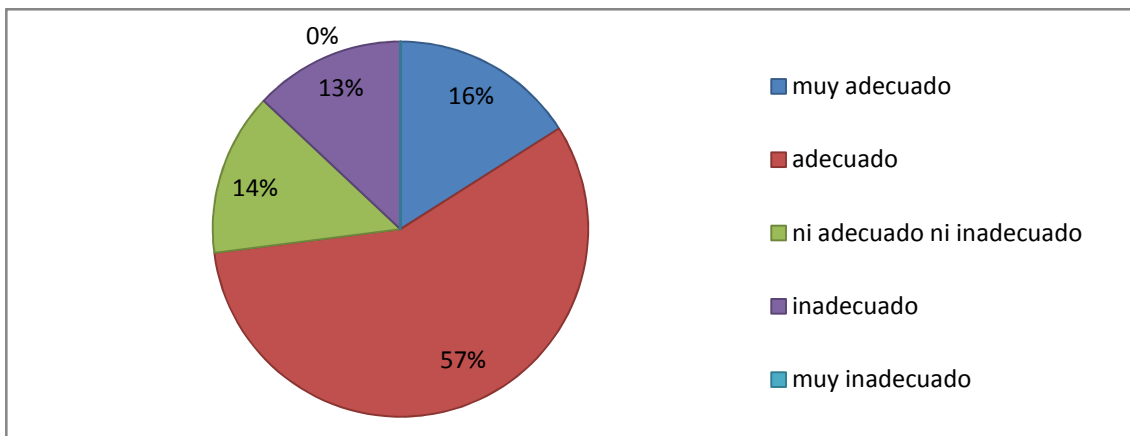


Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Al indagar sobre la disposición de personal de Vigilancia las 24 horas en las instalaciones del HEM, el 36% de la población entrevistada refirió que el servicio se prestaba Muy inadecuadamente, 34% dijeron que era Adecuado, 18% Muy adecuado el 7% dijo Ni adecuado ni inadecuado y un 5% dijeron que era Inadecuado.

Aspectos Gerenciales

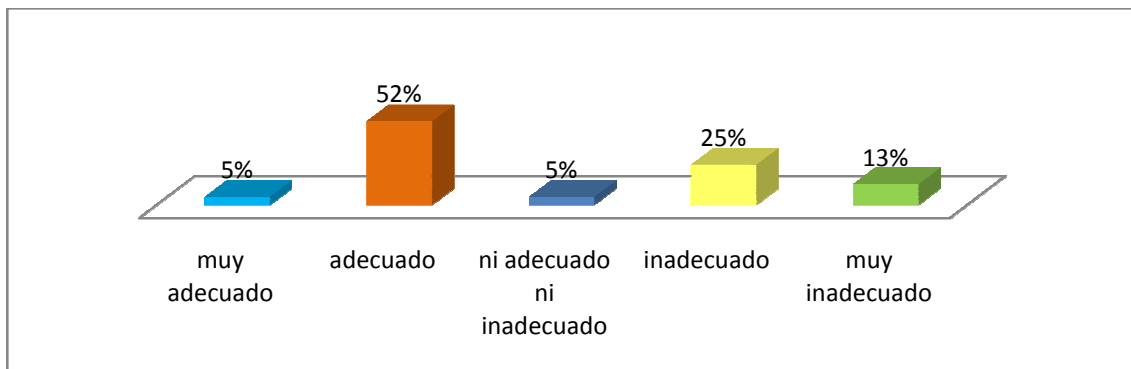
Grafica 26. Accesibilidad Geográfica a Instituciones de Referencia.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Los datos obtenidos sobre la accesibilidad Geográfica del HEM a las instituciones de referencia de usuarias, el 57% lo califico como Adecuado, 16% Muy adecuado, 14% Ni adecuado ni inadecuado, 13% Inadecuado y nadie respondió que eran Muy inadecuados.

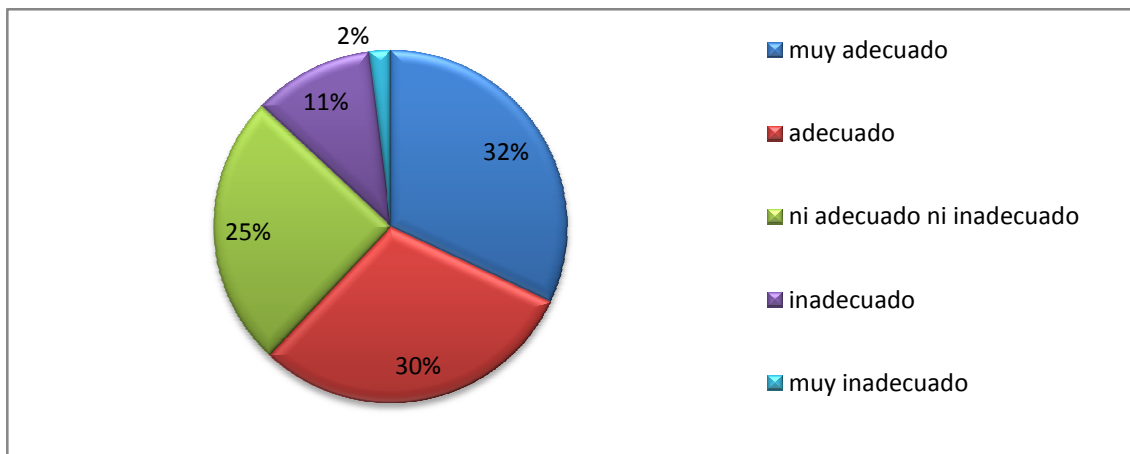
Grafica 27. Involucramiento de director/a de la UCSF con la Administración y solución de problemáticas al HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se preguntó a la población sobre el nivel de involucramiento del Director/a de las UCSF en la administración y solución de problemáticas del HEM, el 52% refirieron que era Adecuado, 25% refirió que era Inadecuado, 13% dijo Muy inadecuado, 5% Ni adecuado ni inadecuado al igual que Muy adecuado.

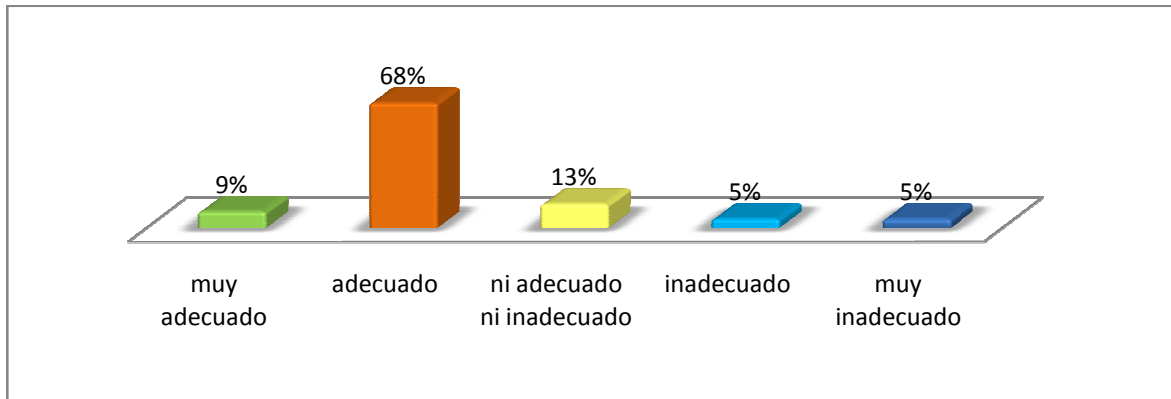
Grafica 28. Acceso a listados Mensual de Embarazadas esperadas por AGI.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

La información obtenida sobre el Acceso que poseen el personal que labora en los HEM a los listados de Mujeres embarazadas esperadas por AGI, el 32% refirió que era Muy adecuado, 30% dijo que era Adecuado, 25% Ni adecuados ni inadecuados, 11% dijeron Inadecuados y 2% Muy Inadecuados.

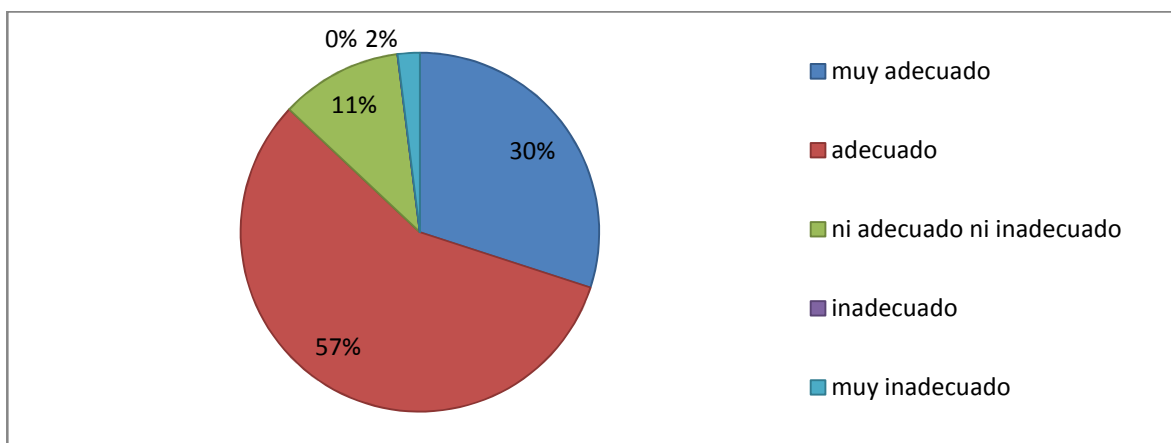
Grafica 29. Información de usuarias para seguimiento en los centros Hospitalarios.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Cuando se preguntó sobre el acceso a información a los Estados de salud de las usuarias en Hospitales para su seguimiento, el 68% refirió que tenían un acceso Adecuado, 13% Ni adecuado ni inadecuado, 9% Muy adecuado, 5% refirieron Inadecuado y Muy inadecuado la misma cantidad.

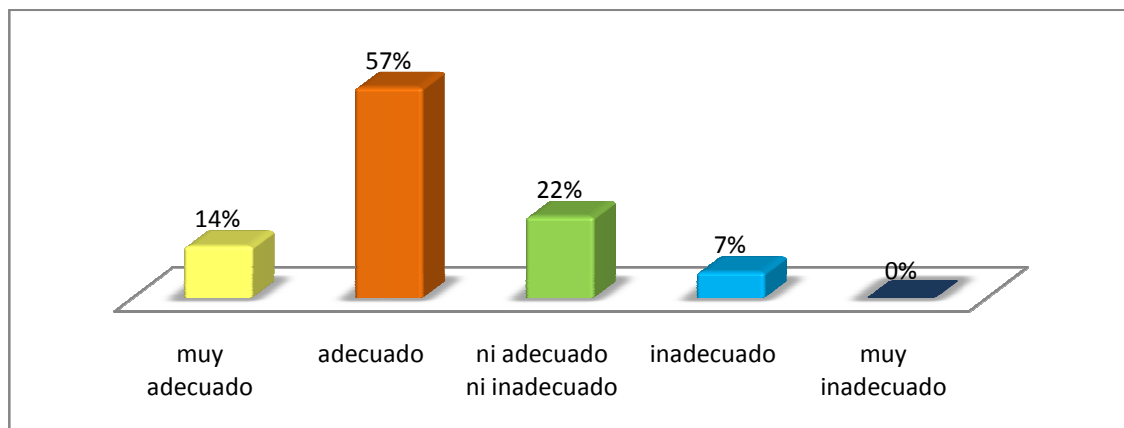
Grafica 30. Evaluación diaria del Médico de UCSF



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto al cumplimiento del acuerdo del lineamiento que debe haber como mínimo una evaluación médica diaria a las usuarias ingresadas en el HEM, el 57% de la población entrevistada refirieron que el cumplimiento era Adecuado, 30% Muy adecuado, 11% Ni adecuado ni inadecuado, 2% Muy inadecuado y nadie respondió Inadecuado.

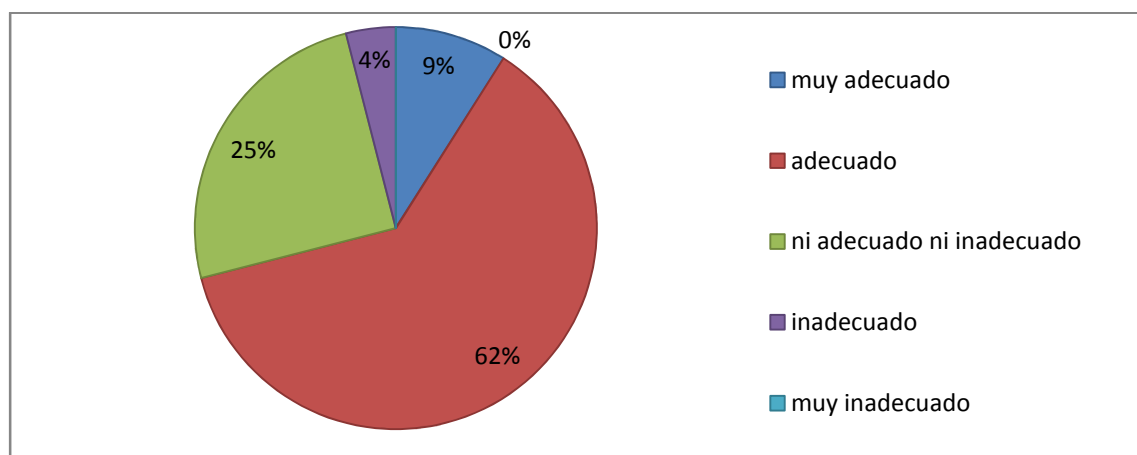
Grafica 31. Provisión de Medicamentos para usuarias ingresadas.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Sobre la provisión de los Medicamentos que se prescriben durante la consulta a las usuarias ingresadas en el HEM, el 57% refieren que la provisión es Adecuada, 22% Ni adecuada ni inadecuada, 14% Muy adecuado, 7% Inadecuado y nadie respondió Muy inadecuado.

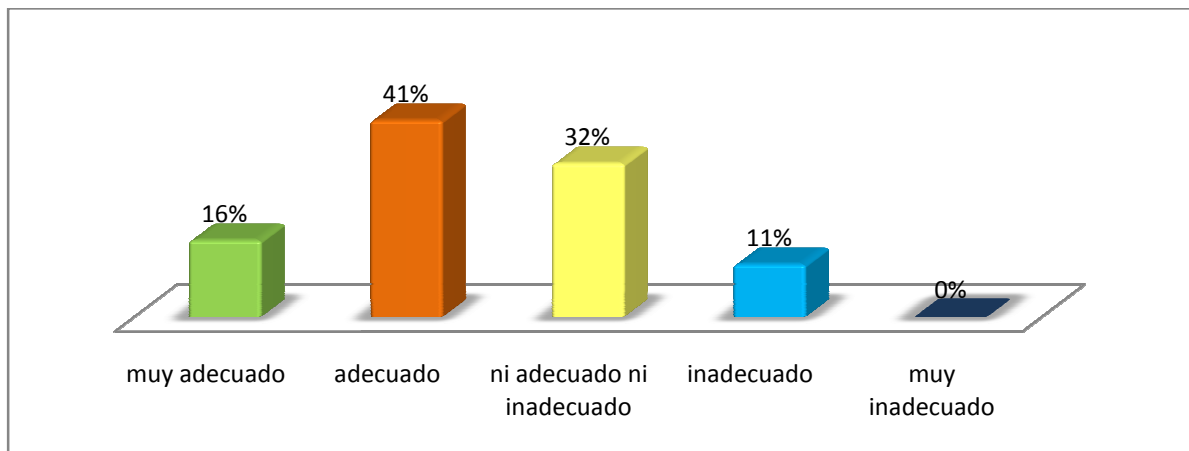
Grafica 32. Acceso a interconsulta con médicos especialistas para las usuarias.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Los datos obtenidos al interrogar sobre el acceso a interconsulta con médicos especialistas para las usuarias ingresadas en el HEM en caso de requerirlo, el 62% refirió que el acceso es Adecuado, 25% dijo Ni adecuado ni inadecuado, 9% Muy adecuado, 4% Inadecuado y nadie respondió Muy inadecuado.

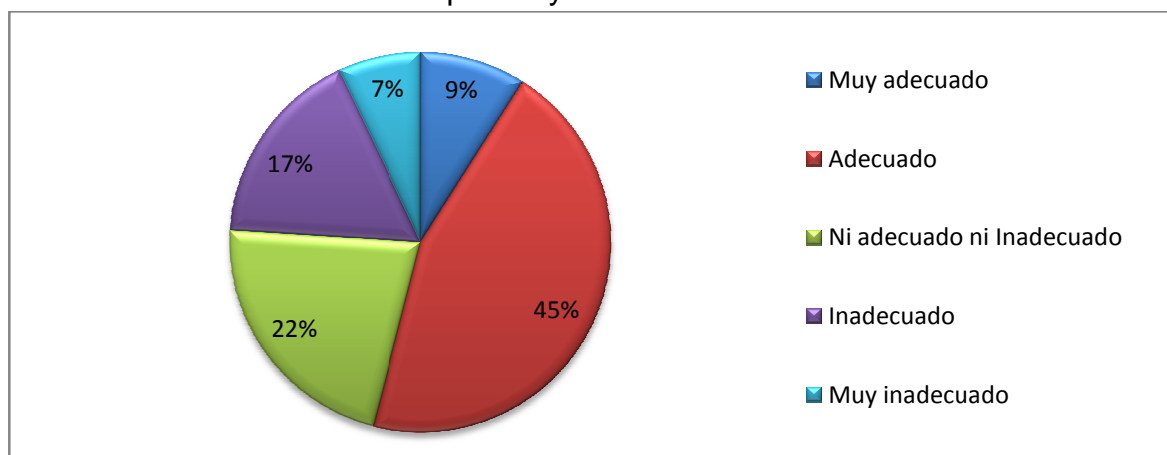
Grafica 33. Acceso a Pruebas de laboratorio y Exámenes complementarios para usuarias.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Sobre el acceso a Pruebas de laboratorio y Exámenes complementarios para las usuarias ingresadas en los HEM en caso requerirlos, el 41% de las encuestadas dijo Adecuado, 32% Ni adecuado ni inadecuado, 16% Muy adecuado, el 11% Inadecuado y nadie respondió Muy inadecuado.

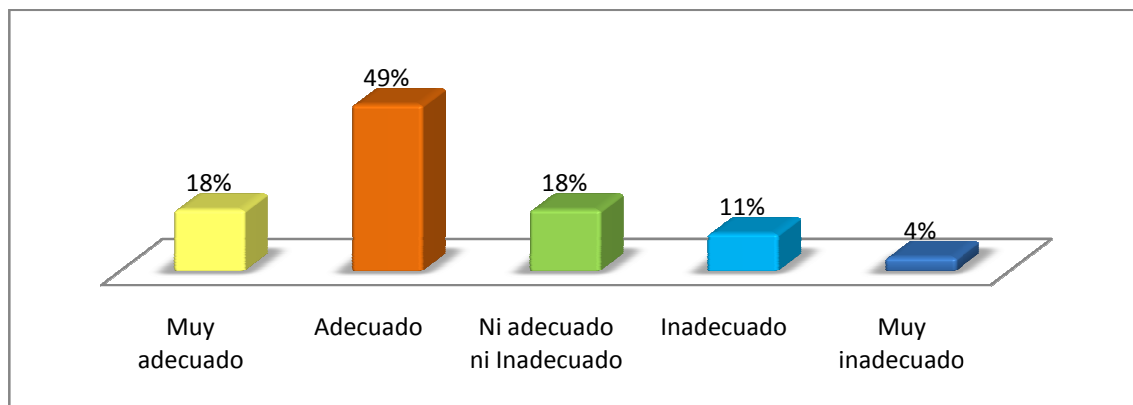
Grafica 34. Acceso a medio de Transporte para la movilización de usuaria de los Hospitales y UCSF al HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Con respecto al acceso de vehículo para la movilización de usuarias, para su ingreso al HEM por parte de Hospitales y UCSF de referencia, el 45% de la población refirió que era el Adecuado, 22% Ni adecuado ni Inadecuado, 17% Inadecuado, 9% Muy adecuado y el 7% Muy inadecuado.

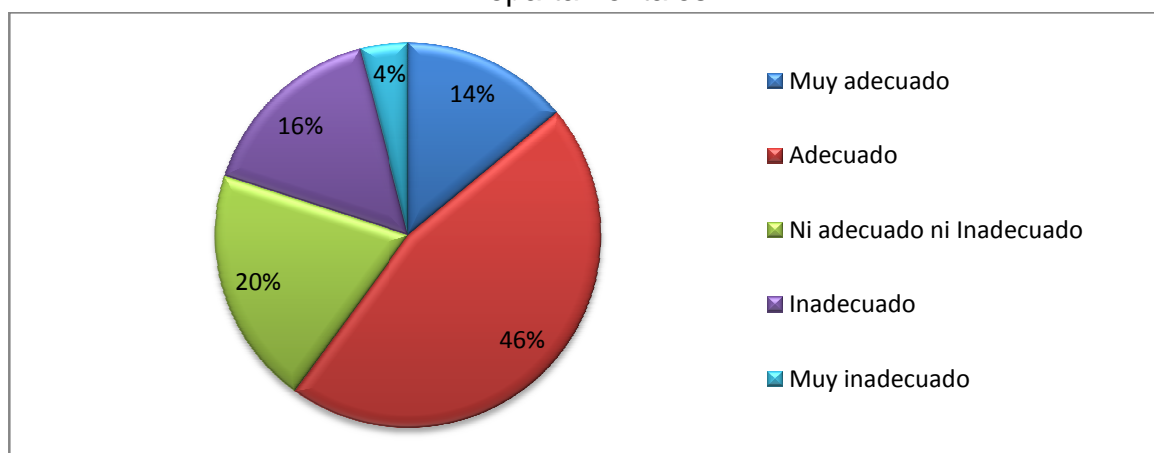
Grafica 35. Personal de salud para entrega de usuarias referidas del Hospital y UCSF al HEM.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

La información obtenida al indagar sobre el acceso a personal de salud para realizar la entrega de usuarias que son referidas al HEM, se encontró que el 49% de los encuestados dijo que es Adecuado, 18% Muy adecuados y el mismo número Ni adecuado ni inadecuado, 11% Inadecuado y 4% Muy inadecuado.

Grafica 36. Involucramiento y acceso areuniones de RIISS Municipales y Departamentales.



Fuente: Cuestionario análisis de calidad

Del nivel de Involucramiento y Acceso a las reuniones de RIIS Municipales para el personal del HEM, 46% del personal entrevistado dijeron que era Adecuado, 20%Ni adecuado ni inadecuado, 16% Inadecuado, el 14%Muy adecuado y el 4%Muy Inadecuada.

VI. DISCUSIÓN

Los Hogares de Espera Materna (HEM) son establecimientos de salud comunitaria, por ende su localización, se da en Áreas Geográficas estratégicas y accesibles para la población; dicha accesibilidad para las usuarias esperadas, se definió como adecuada en un 82%, con ello evitando retrasos para la atención de las usuarias y favorece la participación e involucramiento de actores comunitarios dándole cumplimiento a La Política de Participación social; esto se complementa con una adecuada Accesibilidad Geográfica de los HEM con las Instituciones de Salud de Referencia lo cual se estableció por el 71% de los entrevistados, disminuyendo los tiempos de espera para la atención del parto, evaluaciones medicas diarias, realización de exámenes complementarios y para la atención de emergencias materno infantiles en dichas Instituciones.

La alimentación de las usuarias es un aspectos fundamentales de los HEM, el 2ª Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) “Hambre cero” es la principal de sus bases, sin embargo la asignación de dicho presupuesto fue calificado como inadecuado por el 53 % de la muestra, evidenciando la necesidad de cambio en la realización del mismo , para cubrir los elemento básicos necesarios.

Los micronutrientes maternos son complementos vitamínicos con la alimentación de las mujeres para prevenir deformidades en el feto y enfermedades en la mujer, el abastecimiento de micronutrientes en las instalaciones del HEM se calificó como adecuado por el 64 % de los entrevistados.

Los HEM poseen espacios comunes físicos para la convivencia y socialización de las usuarias ingresadas, debido a la capacidad de alojamiento entre 7 o hasta 15 usuarias; Estos espacios fueron definidos como adecuados por el 72% de la muestra, dando cumplimiento a la normativa técnica de atención, sin embargo el 45% de la muestra describió como inadecuada la cantidad de servicios sanitarios que poseen las instalaciones para el numero de usuarias alojadas.

El servicio básico de agua potable de las instalaciones de los HEM, se calificó como inadecuado por el 75% de la muestra, teniendo en cuenta el 6ª ODS “Agua limpia y Saneamiento”, esto representaría una problemática, agregado a ello, la ocupación de esta para la tareas de cocina y limpieza, sin embargo al servicio de

electricidad e iluminación de las instalaciones y periféricas, se les calificó como adecuado por el 65% de los entrevistados.

La ventilación en las instalaciones fue evaluada de forma paralela ya que el 45% le calificó como adecuada, 36% inadecuada y 16% se quedaron en un punto medio, teniendo en cuenta el hacinamiento de usuarias, un inadecuado flujo de ventilación se convierte en un factor de riesgo para el confort y salud debido a la vulnerabilidad de las poblaciones meta.

El 19% de la muestra calificó como adecuado, el mantenimiento de equipo e instalaciones que se proporciona a las instalaciones y equipos del HEM.

El abastecimiento de los recursos materiales de oficina y limpieza fue calificado como adecuado, al contar con los insumos necesarios para esos rubros, sin embargo el 78% de la muestra evaluó como Inadecuado el servicio de Personal de Ordenanza en las Instalaciones, ya que la mayor parte de ellos no poseen dicha prestación, siendo el personal de salud o las usuarias quienes cumplen con sus funciones, creando sobre carga a dicho personal.

Se identificó el mismo fenómeno con el recurso de seguridad en las instalaciones ya que el 41% de la muestra lo calificaron como inadecuado e incluso un 36% dijo muy inadecuado, ya que solo el 42% de las muestras ósea menos de la mitad de las instalaciones poseen dicha prestación, dato significativo por las ubicaciones estratégicas de los HEM, por el hecho de que el personal y las usuarias son del sexo femenino y que las instalaciones permanecen abiertas las 24 horas del día.

El 57% de los entrevistados calificó como adecuada la cantidad de Recurso Humano asignado por turno, esto puede verse relacionado a que el 93% de la muestra refirió el realizar un adecuado trabajo en equipo entre el personal que laboran en HEM, también destacaron el cumplimiento de obligaciones del personal de salud, el 94% de las entrevistadas evaluaron como adecuada la puntualidad en los horarios laborales del equipo de trabajo, al igual que la puntualidad en la entrega de los informes mensuales a las autoridades de FOSALUD y MINSAL, también se percibió un adecuado cumplimiento de la Guía Técnica de Atención a usuarias por parte del equipo de trabajo del HEM.

Las coordinaciones entre el personal de los HEM y las instituciones de la red de servicios de salud del primer nivel, el 87% de los entrevistados la calificó como

adecuado o muy adecuad, el cumplimiento por parte del personal médico asignados por la UCSFI de Referencia para realizar las evaluaciones diarias a las usuarias ingresadas, así mismo se calificó como adecuado por el 71% del personal la provisión oportuna de Medicamentos prescritos por médicos a las usuarias ingresadas.

La Educación Continua representa la obtención de conocimientos y la actualización o reforzamiento de antiguos, por lo que es una fortaleza en todos los ámbitos laborales, al personal de salud por el avance en la medicina, las enfermedades, fármacos entre otros, esto es indispensable, sin embargo el 57% de la muestra califico como inadecuadas las Capacitaciones educativas que se le brindan al Personal de Salud, haciendo necesario reforzar dicho rubro y hacerlo de forma integral ya que se ha observado la versatilidad que debe cubrir el personal de no solo en el área de salud sino en actividades lúdicas, nutrición y alimentación de usuarias entre otras.

El cumplimiento de la Educación Continua(IEC), para las usuarias ingresadas en los HEM, se evaluó como adecuado por el 79% de la muestra, hecho relevante ya que una adecuada educación a la población previene, detecta de forma oportuna y agiliza la búsqueda de ayuda cuando se presentan casos de morbilidad materno infantil, de igual forma el 59% de la muestra estableció como adecuadas las actividades lúdicas que se realizan con las usuarias, estas son de importancia durante la permanencia de las usuarias, ya que estas permiten aligerar o entretener el tiempo de estancia de las usuaria en el HEM, frente al hecho de permanecer dentro de las instalaciones todo el día, las embarazadas tienden a aburrirse e incluso desesperarse por el abandonar a hijos mayores, esposos y responsabilidades hogareñas que no siempre existe un familiar cercano que supla incluso en casos extremos la usuaria exige alta al médico encargado para regresar a su hogar.

Se visualizó como adecuada con un 54% la disponibilidad de Recurso materiales como vehículo o gasolina a la hora de realizar traslado de usuarias en trabajo de parto, para emergencias o consultas del HEM a los Centros de Referencia, de igual forma los recursos de trasporte y personal de salud que brindan acompañamiento para la entrega de usuarias procedente de los Centros

de Referencia para su ingreso a los HEM se calificó como adecuado por más del 50% de la población.

Las Coordinaciones Gerenciales de las instituciones de salud que forman la RIIS son la base para el desarrollo del Sistema de Salud Primaria, proporciona una atención integral para la mujer embarazada y puérpera; En relación a la coordinación de los HEM con las instituciones de Referencia, para el otorgamiento de consultas con especialistas, realización de exámenes complementarios y pruebas de laboratorios entre otros, obtuvo un 57% que las calificó como adecuadas, al igual que el nivel de involucramiento del Director de la UCSFI con la administración y la solución de problemáticas del HEM se identificó como adecuado, lo cual es importante ya que este funge como intermediario entre los servicios y autoridades de MINSAL con el HEM,

El 62% de la muestra indicaron que las UCSFI de referencia, les brindaba un acceso adecuado a los listados de mujeres embarazadas esperadas mensualmente por el AGI lo cual permite programar actividades para darles un seguimiento oportuno a las usuarias de dichas instituciones. El 77% de la muestra calificó como adecuado o muy adecuado el acceso a información del estado de salud de usuarias, que brindas los hospitalarios de Referencia para darle seguimiento a estas; la referencia y contra-referencia es una estrategia basada en la Política Nacional de Salud, compromiso de las redes de salud para garantizar su integralidad de las instituciones en la atención de pacientes. Esfuerzo que se realiza y se ve evidenciado en él 60% de la muestra que calificó como adecuado o muy adecuado el involucramiento que se le da al personal del HEM a las reuniones de RIIS.

VII. CONCLUSIONES.

1. Los Recursos Materiales que poseen las instalaciones de los Hogares de Espera Materna (HEM), son adecuados, el inmobiliario, espacios sociales, material de oficina y limpieza, equipo médico, medicamentos, medios de transporte y gasolina son los necesarios para la atención inmediata de las mujeres ingresadas en dichas instalaciones.
2. La mayor parte de los HEM, tiene problemáticas con el servicios básico de agua potable en las instalaciones.
3. La ventilación o flujo de aires dentro de las instalaciones también es inadecuada.
4. El servicio de mantenimiento para las instalaciones de los hogares y sus quipos es inadecuado.
5. Existe un inadecuado presupuesto asignado para la alimentación de usuarias, en más de la mitad de las instalaciones.
6. El Recurso Humano cumple con las funciones establecidas dentro de la Guía técnica de atención y estos tienen la habilidad de trabajar en equipo.
7. Existe una sobrecarga para el personal de salud, por el hecho de realizar actividades que no se encuentran dentro de su competencia y que ponen en riesgo su integridad física y la de las usuarias ingresadas.
8. Las Educación continua que se le da al personal de salud de los HEM inadecuadas, para cubrir las múltiples facetas en las que el personal de salud debe desarrollarse para la atención integral de las usuarias.

9. Hay una adecuada Coordinación Gerencial entre los HEM y las Instituciones que forman la red primaria de salud, ya que las usuarias ingresadas en los HEM, tienen el adecuado acceso a la atención y servicios que brindan dichos centros de salud.

10. Existe una adecuada coordinación entre los/as Médicos Directores de las USFCI con la administración de los HEM, al servir como enlaces de comunicación con las autoridades de MINSAL.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Realizar una evaluación de las necesidades básicas de las instalaciones y equipos de los HEM, ya que en la mayor parte de estos, con el adecuado mantenimiento se resolverían las problemáticas que estos presentan en sus necesidades básicas.
2. Exigir la representación del personal de salud de los HEM en las reuniones de las Redes integrales de salud (RISS), ya que esta ha demostrado una vía factible para la atención de salud de usuarias.
3. Es Indispensable la contratación de personal de vigilancia para el 100% de las instalaciones de los HEM.
4. Es necesaria la integración de un personal de ordenanza en cada una de las instalaciones de los HEM.
5. Valorar la asignación de presupuestos para alimentación de las usuarias según las necesidades de cada HEM.
6. Involucrar dentro de los programas de educación continua al personal de salud que labora en las instalaciones d los HEM, a fin de fortalecer las competencias necesarias para la atención materno infantil e integrar en el temario temas como nutrición y preparación de alimentos, talleres de manualidades, técnicas de ejercicio y relajación prenatal, entre otros que puedan servir para el desarrollo de actividades lúdicas con las usuarias ingresadas.

Al personal de los HEM:

1. Realizar campañas de reclutamiento dentro de la comunidad, buscando entes para la conformación del comité de salud comunitario, darle continuidad a dicho comité e involucrar a la población en campañas de sostenibilidad y promoción del HEM, fomentar la cultura de empoderar a dicha población de su salud.
2. Mantener y fortalecer los lazos de integración entre los HEM y las instituciones de la red de salud, con el fin de favorecer el acceso a los servicios de salud de las usuarias ingresadas en dichos centros.
3. Buscar líneas alternas en instituciones gubernamentales y privadas para agilizar las reparaciones o donaciones de recursos materiales que favorezcan la salud y el confort de las usuarias dentro de las instalaciones de los HEM.
4. Asistir de forma puntual a las reuniones de RIIS.
5. Perseverar la cultura de auto educación continua y trabajar en pro de la salud materna infantil de la población salvadoreña.
6. Continuar cumpliendo con su trabajo y brindar atenciones con calidez humana, precisión y calidad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Angulo,E.,Solis,M.,yVasquez,R.(2014) *Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender?.* Ginecología obstetricia de México, volumen (82),pp648-655.
2. Camison, C.,y Cruz, S.,y Gonzales, T. (2006). *Gestión de la calidad conceptos, enfoques, modelos y sistemas.* España. Pearson educación S.A.
3. Centro de escritura Javeriano .*Normas APA sexta edición.* Internacional. Licencia CommosAtribution-comercial-compartir igual 4.0
4. Delgado,R.&Barahona,V.G.(2015).*Evaluacion de la calidad de atención según el modelo de AvedisDonabedianenelarea de hematología y química clínica del laboratorio clínico del hospital nacional d san Rafael, en el periodo de julio a diciembre de 2015.*(tesis de pre grado). Universidad Nacional de El Salvador, ciudad universitaria, El Salvador
5. *Diccionario vértice de la lengua española.* Ctra. León ,España :Evergraficas internacional
6. DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
7. Kenneth. J. L.(2004).Williams, Manual de Obstetricia Primera edición en español.McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de S.V
8. .Ministerio de Salud.(2008).Guía para la Operativización de la Estrategia “Hogar de Espera Materna “primera edición junio 2008. El Salvador. Ministerio de Salud
9. Ministerio de Salud. (2011). *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido 4° edición 2011.* El Salvador. Ministerio de salud.
- 10.Ministerio de Salud. (2011). *Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto1°edición 2011 .* El Salvador. Programa editorial del Ministerio de salud
- 11.Ministerio de Salud. (2011). *Plan estratégico nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014.*El Salvador. Ministerio de Salud.
- 12.Ministerio de Salud. (2014).Política Nacional de Participación Social en Salud. Primera reimpresión 2014.El Salvador. Ministerio de Salud.

13. Ministerio de Salud. (2016). Informe de Labores 2015-2016, La salud es un derecho. Primera edición 2016. Editorial del Ministerio de Salud.
14. Center for Human Services.(2004)*Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad Junio 2004*.USA.Bethesda, MD 20814-4811
15. Pulido.H.G(2005).*Calidad total y productividad* . MexicoD.F.Mexicana
16. Sampieri, R.H.,y Collados, C.F., y Lucio, P.B.(2010).*Metodología de la Investigación, Quinta edición*. México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

PÁGINAS WEB

17. Beatriz.z.Calidad de la Atención de la Salud. Recuperado de:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm
18. Definición de. (2016).*Definición de servicios de salud*. Recuperado de [www.http//definicion.de/servicios-de-salud/](http://www.definicion.de/servicios-de-salud/)
19. Definición ABC.(2017). Tu diccionario hecho fácil. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/economia/recursos-humanos.php>
20. De Pinedo. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Recuperado de:(1982).http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf
21. El blog salomo.(2011).*¿Qué es el desarrollo organizacional?*.Recuperado de <https://www.google.com/sv/management/que-es-el-desarrollo-organizacional/amp>
22. F.Y. A.,(2016).Estructura sistema gestión de calidad. Recuperado de <https://prezi.com/qjfd3pmzzool/estructura-sistema-gestion-de-calidad/>
23. FOSALUD (2016).*Oferta de servicios, Hogares de espera materna*. Recuperado de <http://www.fosalud.gob.sv/casa-de-espera-materna/>
24. Maritza Torres.Modelo de Calidad de la Atención Médica de AvedisDonabedian. Recuperado de:;
<http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>

25. MINSAL. La reforma de Salud en El Salvador. Recuperado de:
defile:///D:/09042012%20REFORMA%20DE%20SALUD2.pdf
26. MINSAL. Antecedentes de salud en la actualidad. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.sv/historia/>
27. OMS (2016). *Factores de riesgo*. Recuperado de
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
28. PNUD (2015) Objetivos de desarrollo sostenible recuperado de
:<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/>
29. UISP-MINSAL. La Reforma de Salud en El Salvador. Recuperado de: curso-
UISP-6aG-nov-2016-Reforma de Salud.pdf-foxitreader
30. Rosa S. *La calidad de la atención*. Recuperado de
http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
31. Significado de recursos materiales .recuperado de:
<https://www.significados.com/recursos-materiales/>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Estructurado

Objetivo: Analizar la Calidad de la Estructura, en las Instalaciones de Los Hogares de Espera Materna, de El Salvador, durante el periodo de Febrero a Junio del 2017.

Indicaciones: El presente cuestionario cuenta con los ítems información general, recursos materiales, recurso humano y aspectos gerenciales, sobre la estructuración del HEM donde actualmente labora, es de carácter anónimo y se guardara la confiabilidad de los datos obtenidos por lo que se agradece su participación, encierre con un lapicero el nivel de escala que considere adecuado según la pregunta se exponen por favor.

Información general:

HEM donde labora _____

Tiempo laboral: _____ Fecha _____ Edad _____

Recursos materiales

1. Accesibilidad geográfica de las instalaciones del HEM, para las usuaria esperadas por del AGI, es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

2. Las salas comunes de sala, cocina, comedor y lavaderos, poseen el espacios físico y muebles para las usuarias que se ingresan :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

3. Como es el número de cuartos y camas disponibles en las instalaciones del HEM, para la población de usuarias esperadas por el AGI.

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

4. Con respecto a la cantidad de baños disponibles en las instalaciones de los HEM, para las usuarias y el personal de salud son:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

5. Características de la estructura del Consultorio Clínico para que se respete la privacidad e integridad de la usuaria:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

6. Como es el Abastecimiento de agua potable en instalaciones del HEM donde labora:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

7. Como es la Iluminación en las instalaciones de su HEM y periferia :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

8. La Ventilación de instalaciones del HEM es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

9. El Equipo médico, que posee, para la atención de las mujeres ingresadas, en las instalaciones de su HEM son:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

10. Posee la cantidad suficiente de Micronutrientes Maternos dentro de las instalaciones del HEM, para las usuarias ingresadas. :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

11. El Mantenimiento que se le brinda a las instalaciones del HEM donde labora es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

12. Como es la disponibilidad de los Recursos Materiales(gasolina, ambulancia o pickup) necesarios para el traslado de usuarias a las Instituciones de Referencia son :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

13. Como es el acceso a equipo de oficina (papel, lápiz, plumones, engrapadora, computadora etc.) que posee las instalaciones de su HEM es :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

14. Como es el acceso a os Equipo de oficina (papel, lápiz, plumones, engrapadora, computadora etc.) que poseen las instalaciones de los HEM son:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

15. Como es la cantidad d presupuesto que posee su HEM, para la alimentación de las usuarias del HEM :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

Recurso Humano

16. La Cantidad de personal de salud asignada por turno, para la atención de usuarias del HEM es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

17. El Cumplimiento a la Guía Operativa de Atención de Usuarías que ingresan al HEM, por parte del equipo de trabajo, que laboran en dicha institución es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

18. La Capacidad para trabajar en equipo del personal de salud que labora en el HEM es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

19. Las Capacitaciones de Educación Continua para personal de salud que laboran en HEM son :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

20. El cumplimiento del personal de salud que labora en del HEM al Plan Integral de Educación Continua (IEC) para las usuarias de los HEM, es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

21. El cumplimiento del Personal de salud a la realización de Terapias Ocupacionales (manualidades, ejercicios de relajación etc.) Con las usuarias de los HEM es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

22. La Puntualidad a los horarios de trabajo, por parte de personal de salud que labora en los HEM es:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

23. Como es la puntualidad en la entrega de informes mensuales a autoridades de FOSALUD, por parte del Personal que labora en su HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

24. Cuál es la disposición de Personal Ordenanza para las Instalaciones de su HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

25. Como es la disposición de un personal de vigilancia o seguridad las 24 horas del día para las Instalaciones de su HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

Aspectos Gerenciales

26. Accesibilidad Geográfica a Instituciones de salud UCSFI Y Hospitales, a los cuales se refieren las usuarias de los HEM.

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

27. Cuál es el Nivel de Involucramiento del Director/a de la UCSF con la Administración y Solución de las problemáticas de su HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

28. Como es el acceso a los listados Mensual de Embarazadas esperadas por Área Geográfica de Referencia (AGI) de su HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

29. Como es el Acceso a información sobre estados de salud de las usuarias referidas de su HEM al hospital, para seguimiento.

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

30. Como se da el cumplimiento del Médico de la UCSFI de referencia a realizar como mínimo 1 evaluación diaria a las usuarias del HEM :

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

31. Como se da la Provisión de medicamentos cuando son prescritos por médicos para las usuarias ingresadas en HEM, por las UCSFI u Hospitales de referencia.

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

32. Cuál es el acceso a interconsulta con Médicos Especialistas para las usuarias ingresadas en los HEM encaso lo necesiten.

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

33. Como es el acceso a pruebas de laboratorio y exámenes complementarios para las usuarias ingresadas en los HEM.:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

34. Cuál es el acceso a medios de trasporte para la movilización de usuaria del Hospital y UCSFI de referencia al HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

35. Como es el cumplimiento de acompañamiento por un personal de salud, para entregar a las usuarias referidas de Hospital y UCSF al HEM:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

36. Nivel de involucramiento y accesibilidad a reuniones de RIIS Municipales al personal del HEM.:

Muy Adecuado	Adecuado	ni adecuado ni inadecuado	Inadecuado	muy inadecuado
--------------	----------	---------------------------	------------	----------------

Anexo 2. Consentimiento informado

La Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador a través de la estudiante egresada Licda. Claudia Lourdes Valdez, quien desarrolla la investigación: "Calidad de la Estructura, en las Instalaciones de Los Hogares de Espera Materna, durante el periodo de Febrero a Junio del 2017, realiza el presente cuestionario con el objetivo de: Analizar la Calidad de la Estructura, en las Instalaciones de Los Hogares de Espera Materna, durante el periodo de Febrero a Junio del 2017.

Para la realización de dicha investigación se solicita su participación de forma voluntaria, sobre conocimientos de la institución de salud donde labora la cual será de carácter anónima ya que el instrumento no posee apartado de nombre de participante y entendiendo que la información brindada será utilizada únicamente con fines académicos de esta investigación.

Con el fin de que posean el conocimiento del porque y para que de esta investigación y dejando en libre albedrío su participación se extiende la presente.

Yo _____ me doy por enterada a través del presente consentimiento del objetivo del instrumento, por lo tanto doy mi consentimiento informado para la participación en el estudio.

Fecha _____ **firma** _____

Anexo 3. Tablas.

I. Tabla Edad de participantes

Edades	N	%
26-30 años	24	38%
31-35 años	24	38%
36- 40 años	9	14%
41-46 años	6	10%
total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

II. Tabla Tiempo laboral en años.

Años	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
N	18	19	9	6	1	1	3	7	63
%	28	29	14	9	2	2	5	11	100

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

RESULTADOS

1. Tabla Acceso Geográfico de HEM, para usuarias esperadas por AGI.

Acceso geográfico	N	%
Muy adecuado	11	18%
Adecuado	40	64%
Ni adecuado ni inadecuado	5	7%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

2. Tabla Espacio y mobiliario de Instalaciones para las usuarias

Espacio y mobiliario	N	%
Muy adecuado	16	25%
Adecuado	29	47%
Ni adecuado ni inadecuado	9	14%
Inadecuado	9	14%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

3. Tabla Camas disponibles

Camas disponibles	N	%
Muy adecuado	13	20%
Adecuado	38	61%
Ni adecuado ni inadecuado	3	5%
Inadecuado	9	14%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

4. Tabla Cantidad de baños para usuarias y personal de salud.

	N	%
Muy adecuado	13	20%
Adecuado	22	35%
Ni adecuado ni inadecuado	11	18%
Inadecuado	16	25%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

5. Tabla Características de consultorio clínico

Características consultorio	N	%
Muy adecuado	19	30%
Adecuado	32	52%
Ni adecuado ni inadecuado	7	11%
Inadecuado	5	7%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

6. Tabla Abastecimiento de agua potable en Instalaciones.

Agua potable	N	%
Muy adecuado	5	7%
Adecuado	11	18%
Ni adecuado ni inadecuado	17	27%
Inadecuado	28	44%
Muy inadecuado	2	4%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

7. Tabla Iluminación de instalaciones en HEM.

Iluminación	N	%
Muy adecuado	12	20%
Adecuado	28	45%
Ni adecuado ni inadecuado	9	14%
Inadecuado	9	14%
Muy inadecuado	5	7%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

8. Tabla Ventilación de Instalaciones.

Ventilación	N	%
Muy adecuado	9	14%
Adecuado	22	34%
Ni adecuado ni inadecuado	10	16%
Inadecuado	21	34%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

9. Tabla Equipo médico de Instalaciones

Equipo medico	N	%
Muy adecuado	7	11%
Adecuado	40	64%
Ni adecuado ni inadecuado	10	16%
Inadecuado	5	7%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

10. Tabla Micronutrientes Maternos de Instalaciones.

	N	%
Muy adecuado	7	11%
Adecuado	34	53%
Ni adecuado ni inadecuado	11	18%
Inadecuado	11	18%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

11. Tabla Mantenimiento de las Instalaciones.

Mantenimiento	N	%
Muy adecuado	0	0%
Adecuado	12	19%
Ni adecuado ni inadecuado	18	28%
Inadecuado	27	43%
Muy inadecuado	6	10%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

12. Tabla Recursos Materiales para el traslado de usuarias a Instituciones de Referencia

Recursos para traslado	N	%
Muy adecuado	7	11%
Adecuado	22	36%
Ni adecuado ni inadecuado	6	9%
Inadecuado	21	33%
Muy inadecuado	7	11%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

13. Equipo de oficina que posee las Instalaciones.

Equipo de oficina	N	%
Muy adecuado	16	25%
Adecuado	28	44%
Ni adecuado ni inadecuado	12	20%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

14. Tabla Equipo de limpieza para las Instalaciones.

Equipo de limpieza	N	%
Muy adecuado	9	14%
Adecuado	46	73%
Ni adecuado ni inadecuado	3	5%
Inadecuado	5	8%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

15. Tabla Presupuesto para la alimentación de las usuarias.

Presupuesto para alimentación	N	%
Muy adecuado	5	8%
Adecuado	25	39%
Ni adecuado ni inadecuado	12	19%
Inadecuado	17	27%
Muy inadecuado	4	7%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

16. Tabla Cantidad de personal de salud asignada por turno, para la atención de usuarias.

Presupuesto para alimentación	N	%
Muy adecuado	8	13%
Adecuado	28	44%
Ni adecuado ni inadecuado	1	2%
Inadecuado	26	41%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

17. Tabla Cumplimiento de Guía Operativa de Atención de usuarias.

Cumplimiento a Guía operativa	N	%
Muy adecuado	22	34%
Adecuado	41	66%
Ni adecuado ni inadecuado	0	0%
Inadecuado	0	0%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

18. Tabla Capacidad de trabajar en del personal del HEM

Trabajo en equipo	N	%
Muy adecuado	16	25%
Adecuado	43	68%
Ni adecuado ni inadecuado	3	5%
Inadecuado	1	2%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

19. Tabla Capacitaciones de Educación Continua para personal de salud.

Educación continua	N	%
Muy adecuado	7	11%
Adecuado	20	32%
Ni adecuado ni inadecuado	25	39%
Inadecuado	11	18%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

20. Tabla Cumplimiento a Plan IEC de usuarias.

Cumplimiento plan IEC	N	%
Muy adecuado	13	20%
Adecuado	37	59%
Ni adecuado ni inadecuado	10	16%
Inadecuado	3	5%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

21. Tabla Realización de Terapias Ocupacionales con usuarias.

Terapias Ocupacionales	N	%
Muy adecuado	7	11%
Adecuado	30	48%
Ni adecuado ni inadecuado	19	30%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

22. Tabla Puntualidad en Horarios de trabajo

Puntualidad de horarios	N	%
Muy adecuado	28	44%
Adecuado	32	50%
Ni adecuado ni inadecuado	1	2%
Inadecuado	1	2%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

23. . Tabla Puntualidad en la entrega de informes mensuales del HEM.

Puntualidad en entrega de informes	N	%
Muy adecuado	27	43%
Adecuado	36	57%
Ni adecuado ni inadecuado	0	0%
Inadecuado	0	0%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

24. Tabla Personal ordenanza para las instalaciones del HEM.

Personal de ordenanza	N	%
Muy adecuado	0	0%
Adecuado	11	17%
Ni adecuado ni inadecuado	2	5%
Inadecuado	20	32%
Muy inadecuado	29	46%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

25. Tabla Personal de vigilancia las 24 horas para las Instalaciones del HEM.

Personal de vigilancia	N	%
Muy adecuado	11	18%
Adecuado	22	34%
Ni adecuado ni inadecuado	5	7%
Inadecuado	3	5%
Muy inadecuado	22	36%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

26. Tabla Accesibilidad Geográfica a Instituciones de Referencia.

Accesibilidad geográfica a Instituciones de referencia	N	%
Muy adecuado	10	16%
Adecuado	36	57%
Ni adecuado ni inadecuado	9	14%
Inadecuado	8	13%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

27. Tabla Involucramiento de director/a de la UCSF con la Administración y solución de problemáticas al HEM.

Involucramiento de director	N	%
Muy adecuado	3	5%
Adecuado	33	52%
Ni adecuado ni inadecuado	3	5%
Inadecuado	16	25%
Muy inadecuado	8	13%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

28. Tabla Acceso a Listados Mensual de Embarazadas esperadas por AGI

Listados de esperadas	N	%
Muy adecuado	20	32%
Adecuado	19	30%
Ni adecuado ni inadecuado	16	25%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

29. Tabla Información de usuarias para seguimiento en los centros Hospitalarios.

Información para seguimiento	N	%
Muy adecuado	6	9%
Adecuado	43	68%
Ni adecuado ni inadecuado	8	13%
Inadecuado	3	5%
Muy inadecuado	3	5%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

30. Tabla Evaluación diaria del Médico de UCSF

Evaluación médica diaria	N	%
Muy adecuado	19	30%
Adecuado	36	57%
Ni adecuado ni inadecuado	7	11%
Inadecuado	0	0%
Muy inadecuado	1	2%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

31. Tabla Provisión de Medicamentos para usuarias ingresadas.

Provisión de medicamentos	N	%
Muy adecuado	9	14%
Adecuado	36	57%
Ni adecuado ni inadecuado	13	22%
Inadecuado	5	7%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

32. Tabla Acceso a interconsulta con médicos especialistas para las usuarias.

Acceso a interconsultas	N	%
Muy adecuado	6	9%
Adecuado	31	62%
Ni adecuado ni inadecuado	16	25%
Inadecuado	2	4%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

33. Tabla Acceso a Pruebas de laboratorio y Exámenes complementarios para usuarias.

Acceso pruebas de laboratorio	N	%
Muy adecuado	10	16%
Adecuado	26	41%
Ni adecuado ni inadecuado	20	32%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

34. Tabla Acceso a medio de Transporte para la movilización de usuaria de los Hospitales y UCSF al HEM.

Trasporte para movilización de usuarias	N	%
Muy adecuado	6	9%
Adecuado	28	45%
Ni adecuado ni inadecuado	13	22%
Inadecuado	11	17%
Muy inadecuado	5	7%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

35. Tabla Personal de salud para entrega de usuarias referidas del Hospital y UCSF al HEM.

Personal para entregar usuarias UCSF-HEM	N	%
Muy adecuado	11	18%
Adecuado	32	49%
Ni adecuado ni inadecuado	11	18%
Inadecuado	7	11%
Muy inadecuado	2	4%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad

36. Tabla Involucramiento y acceso a reuniones de RIISS Municipales y Departamentales.

Involucramiento en RIIS	N	%
Muy adecuado	9	14%
Adecuado	29	46%
Ni adecuado ni inadecuado	13	20%
Inadecuado	10	16%
Muy inadecuado	2	4%
Total	63	100%

Fuente: Cuestionario análisis de calidad