

**Informe preliminar:**

**Brechas en el acceso a los servicios de salud materno-infantil en el primer nivel de atención**

**Salud Mesoamérica 2015**

**Elaborado por Wendy González**

**Mayo del 2011.**

## Tabla de contenidos

I.	Introducción .....	3
II.	Metodología .....	4
	A. Reforma de Salud en El Salvador .....	5
III.	Resultados .....	6
	A. Salud reproductiva de los adolescentes.....	6
	B. Salud reproductiva en las mujeres madres de niños menores de 5 años .....	8
	C. Control prenatal .....	9
	D. Atención intrahospitalaria del parto .....	10
	E. Control posnatal .....	11
	F. Control del niño sano .....	12
	G. Retos que enfrenta la unidad comunitaria de salud familiar para la prestación de servicios .....	13
IV.	Recomendaciones.....	16
V.	Bibliografía .....	18
VI.	Anexo.....	20

## **I. Introducción**

Los países de Mesoamérica enfrentan un gran desafío. A pesar de su compromiso político de proveer a todos sus ciudadanos un nivel básico de protección en salud y de las mejoras en la salud de la población en los últimos años, aún persisten las brechas de inequidad en salud. La exclusión en salud es la situación en la cual una o varias personas no tienen acceso a las oportunidades, bienes y servicios de salud disponibles para otros miembros de la sociedad que permiten mejorar o preservar su estado de salud<sup>1,2</sup>. Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud es la negación del derecho que tienen los individuos de satisfacer sus necesidades de salud en una sociedad determinada<sup>3</sup>.

De acuerdo al marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las condiciones prioritarias de salud pública, existe una serie de determinantes de las inequidades en salud a nivel de estructuras sociales, ambientes, grupos poblacionales y a nivel individual (ver Anexo). Este marco sugiere que para que una estrategia para disminuir las brechas de inequidad sea efectiva, debe considerar la complejidad de sus determinantes y sus interacciones dentro de un contexto determinado. Uno de estos determinantes constituye el acceso diferenciado a los servicios de salud<sup>1,4,5</sup>. El acceso a los servicios de salud se refiere a la capacidad del individuo de recibir un número específico de servicios de calidad específica sujeto a restricciones específicas de inconveniencia y costos<sup>5</sup>. El indicador que generalmente se utiliza para medir el acceso es la utilización de los servicios de salud<sup>6</sup>.

Actualmente no existe claridad sobre la magnitud de las brechas en el acceso a los servicios de salud ni sobre las intervenciones eficaces para disminuir estas brechas. Esto obstaculiza la definición de estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud en las poblaciones vulnerables<sup>3</sup>. El presente informe tiene como objetivo analizar las principales barreras que enfrenta la población pobre en El Salvador para utilizar los servicios de salud reproductiva y materno infantil e identificar acciones que pueden ser implementadas para superar dichas barreras. Los resultados de este trabajo constituyen un insumo que puede ser utilizado para la formulación de estrategias e intervenciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015).

## II. Metodología

Los objetivos específicos de este informe son identificar las percepciones del personal de salud y mujeres de los municipios priorizados de SM2015 sobre: 1) las principales barreras que tienen las mujeres embarazadas y madres de niños menores de 5 años para utilizar los servicios de salud reproductiva y materno-infantil en el primer nivel de atención; 2) las principales barreras para la provisión de servicios de salud reproductiva y materno-infantil del personal de salud en el primer nivel de atención y 3) posibles acciones que pueden implementarse para superar ambos tipos de barreras. Asimismo, el informe explora las barreras en el acceso a métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes en los municipios priorizados.

Una vez recibido el aval del Ministerio de Salud, la consultora visitó en coordinación con la empresa Unimer, cuatro comunidades pertenecientes a los municipios priorizados por SM2015. A pesar de que originalmente se planearon visitas de campo en comunidades pertenecientes a las regiones Paracentral/Central, Occidental y Oriental, no se logró visitar la región Oriental debido a imprevistos en el cronograma de actividades de Unimer.

La consultora realizó entrevistas a profundidad con mujeres madres de niños menores de 5 años y con el personal de salud incluyendo doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Con el apoyo de una antropóloga y una trabajadora de la Organización No Gubernamental (ONG) *Calma*, se realizaron 69 entrevistas en los cuatro municipios (ver Cuadro 1). Asimismo, la consultora condujo 4 entrevistas con el personal del nivel central del Ministerio de Salud. Del total de las 73 entrevistas realizadas, se recibió la autorización para grabar el audio de 68 entrevistas.

Cuadro 1. Entrevistas realizadas por municipio

Departamento	Municipio	Mujeres	Personal de salud
San Vicente	San Esteban Catarina	15	5
Concepción	Santa María Ostuma	13	4
La Paz	Tacuba	13	3
San Vicente	Tecoluca	12	4
<b>Total</b>		<b>53</b>	<b>16</b>

Las entrevistas se realizaron utilizando guías semi-estructuradas de preguntas. La guía para las entrevistas a las mujeres madres de niños menores de 5 años se elaboró con base en el Modelo de Uso de los Servicios de Salud de Andersen. Este modelo establece que existe una interacción entre las necesidades de salud que tiene el individuo y factores contextuales e individuales que predisponen y facilitan el uso de los servicios de salud. Los factores contextuales incluyen aquellos pertenecientes al entorno inmediato (la familia), la comunidad y a los servicios de salud<sup>7-8</sup>. Por otro lado, la guía de entrevistas al personal se basó en el modelo de Franco y colaboradores sobre los factores que determinan el desempeño del personal de salud<sup>9</sup>.

Durante la etapa de recolección de datos, la consultora realizó un análisis preliminar de la información recabada a través de las visitas a las comunidades y unidades comunitarias de salud familiar. Este análisis permitió identificar temas emergentes que fueron explorados a mayor profundidad en entrevistas subsecuentes. Una vez finalizado el trabajo de campo, los registros de audio se transcribieron utilizando el programa *F4*. La codificación de la información se realizó utilizando códigos predefinidos según los modelos de Andersen y Franco y colaboradores y estuvo abierta a la identificación de nuevos códigos emergentes. Una vez terminada la codificación, se elaboraron matrices temáticas para un análisis y comparación de la información. El programa *Nvivo* se utilizó para el análisis de los datos. A continuación, se presenta una breve descripción del contexto en el que se realizó este informe seguido de los principales resultados encontrados.

### ***A. Reforma de Salud en El Salvador***

Uno de los principales objetivos del Gobierno actual de El Salvador es “*garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud.*”<sup>10</sup> La construcción de este sistema implica la reorganización de la red pública de servicios para mejorar su capacidad resolutive y brindar una atención universal de salud con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud basada en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral<sup>11</sup>.

Según esta nueva estrategia, la atención en los establecimientos del primer nivel de atención está a cargo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados). Los Ecos están conformados por personal multidisciplinario de salud a cargo de un número establecido de familias de una comunidad y forman parte de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). Las UCSF constituyen establecimientos del primer nivel de atención donde se prestan servicios de salud integrales y pueden clasificarse como básicas, intermedias o especializadas según la oferta de servicios disponibles. Otros servicios que forman parte de la UCSF son los Centros Rurales de Nutrición y Salud, las Casas de Espera Materna y las Casas de Salud. La continuidad de los servicios al segundo (hospitales de jurisdicción municipal y departamental) o tercer (hospitales regionales y especializados) nivel de atención se articula mediante un sistema de referencia y retorno.

Para febrero del 2011, se habían conformado 380 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados. Estos Ecos se encuentran trabajando en municipios de extrema pobreza priorizados según el mapa de pobreza elaborado por el FISDL/FLACSO en el 2005<sup>12</sup>. La meta del país es instalar suficientes Ecos para lograr una cobertura total de la población para el año 2014.

### III. Resultados

Tres de las cuatro comunidades visitadas pertenecían a la zona rural. Las mujeres de la comunidad urbana caminaban aproximadamente 5-15 minutos para trasladarse a la UCSF mientras que las de la zona rural generalmente utilizaban el transporte público para hacer un viaje de 30-60 minutos a la UCSF más cercana. Tres de las comunidades tenían Ecos Familiares funcionando parcialmente.

Las mujeres entrevistadas tenían una edad mediana de 22 años, dos hijos en promedio y la mayoría vivía con su pareja. En la zona rural, las mujeres se encargaban de las labores domésticas mientras que los hombres se dedicaban a la agricultura. En la zona urbana, algunas de las mujeres entrevistadas se dedicaban a la venta informal de alimentos. A continuación se presentan los principales resultados de las entrevistas hechas a las mujeres y al personal de salud.

#### A. Salud reproductiva de los adolescentes

El tema de la salud sexual y reproductiva del adolescente no se discute abiertamente dentro de los hogares. Las madres en las familias aconsejan a sus hijas que se “cuiden”, refiriéndose a que mantengan abstinencia sexual. Según las entrevistadas, los jóvenes ahora tienen oportunidad de informarse sobre el tema por lo que el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos no es considerado una causa de embarazo no deseado en adolescentes. Ellas reconocen que al no haber un espacio de comunicación a nivel del hogar, los jóvenes recurren a amigos para informarse sobre estos métodos. Algunos comentarios al respecto fueron:

*“Yo he visto cipotas que van a la unidad de salud. Hasta les dan charlas sobre eso... de planificación. (...) Si las cipotas salen embarazadas, es porque quieren. Es decisión de ellas. Ignorancia en eso no hay.” (SEC-01-3)*

*“Yo les aconsejo (a mis dos hijas adolescentes) que no sean dundas, que no anden con novios, que se cuiden.” (SEC-13-2)*

Las mujeres entrevistadas consideran que la pena o vergüenza constituyen una de las principales barreras que tienen los adolescentes para asistir a la UCSF para informarse sobre métodos anticonceptivos. Debido a que las unidades son edificios pequeños con una única sala de espera, es difícil garantizar que otros miembros de la comunidad no se enteren de la consulta del adolescente y especulen sobre las razones de dicha consulta. Los jóvenes sienten temor de que sus familias u otros miembros de la comunidad se enteren de que son sexualmente activos o que quieren informarse sobre el tema. En algunos casos, visitar la UCSF para una limpieza dental constituye una oportunidad para los adolescentes de consultar al personal de salud sobre el tema de métodos anticonceptivos. En otros, los adolescentes optan por visitar otras UCSF distintas a las de su comunidad para evitar que los vecinos y familiares se enteren de dichas consultas, tal y como se comentó en San Esteban Caterina y Santa María Ostuma, respectivamente:

*“Y es que no es que vayan a la unidad de salud. Van a Apastepeque. Como no las conocen, por eso es que van a otros lugares. En la unidad de salud acá no a ver ni a un adolescente...”(SEC-23-4)*

*“Bueno, hay unas que van a la clínica de Mercedes. Porque yo he visto cuando he ido a Mercedes la Ceiba, he visto que van bastantes cipotas de acá, de este cantón. Ellas van a estudiar allá, también van ahí (a la UCSF de Mercedes). A mí me habían contado que las cipotas escolares ahí entraban y salían pero yo no creía... Hoy que viajo más seguido a Mercedes, me he dado cuenta que sí es cierto, que ahí es donde van a la clínica y han de decir allá que aquí nadie se da cuenta.” (SMO-13-1)*

Las mujeres entrevistadas consideran que los adolescentes pueden asistir a la UCSF para tener una conversación franca con el personal de salud sobre las formas de prevención de embarazos. A pesar de que el promotor de salud de la comunidad puede constituir una fuente de información para los adolescentes, una posible barrera es la falta de confianza y de oportunidad que tiene el adolescente de interactuar con el promotor de forma confidencial. Una doctora de un Eco rural comentó al respecto:

*“Incluso nosotros cuando estamos allá (en las comunidades), les hablamos (a los adolescentes) de lo que es planificación familiar, de, de embarazo, de todas esas cosas pero se necesita que sea como algo más continuo, en donde ellos puedan, puedan aclarar dudas y tiene que ser en un ambiente también de confidencialidad. Eso es lo difícil porque como no se da . . . Entonces toda la gente del cantón, si alguien pregunta, dice ‘mire ella preguntó tal cosa, no sé por qué’. Entonces se necesita bastante tiempo y hacerlo como de una manera personal para hacerlo de una manera confidencial.” (SEC-27-5)*

A pesar de que en las UCSF se encuentran disponibles condones gratis, se considera que en muchos casos, los adolescentes no los toman por temor a ser vistos por miembros de la comunidad. Para superar esta barrera, una UCSF visitada coloca “condoneras” en sitios estratégicos que en las que los adolescentes pueden tomar condones si ser vistos por otros miembros de la comunidad presentes en la sala de espera. Según el personal de salud de esta unidad, esta estrategia ha mejorado el acceso de los condones a los adolescentes. Según comentó una doctora:

*“Fíjese que hay condoneras y las llenan a cada rato, dos a tres veces por semana. Se ponen en lugares estratégicos porque ese problema me daba donde yo trabajaba antes porque como no tenían un espacio que estuviera solo, tocaba poner donde una veía que los agarraban entonces como que les daba pena. En cambio aquí están en el pasillo, que está saliendo para el cafetín, entonces...justamente ahora me fijé que ya no habían y eso es bueno pues, porque se los están llevando y les da menos pena pues, porque allá lo que pasaba era que tenían que pasarnos a decir a nosotros que querían condones y ya solo eso era un gran lío para un muchacho de 15 años.” (TAC-29-3)*

Una de las posibles barreras a nivel comunitario para el uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia es la percepción de que las adolescentes pueden formar un hogar con su pareja una vez que éstas quedan embarazadas. Según se comentó, un hombre es “responsable” cuando decide hacerse cargo de la mujer embarazada. En las comunidades rurales es común que las adolescentes tengan una pareja mayor que ella y aunque no se promueve este comportamiento, tampoco se penaliza. Una entrevistada comentó sobre su embarazo a los 16 años de edad:

*“Ya donde él (su pareja) se dio cuenta que yo estaba así (embarazada), que le dijeron, entonces me dijo que me viniera con él, que hiciéramos un hogar. ‘Vaya’, dije yo en mi mente, ‘que si él hubiera andado conmigo solo por fregar, me hubiera dejado así. Estuviera con mis papás o a mi sola me hubiera tocado criar al niño pero no...él me recogió.’”(SMO-23-3)*

## **B. Salud reproductiva en las mujeres madres de niños menores de 5 años**

### **Decisiones sobre planificación familiar**

Las mujeres entrevistadas de mayor edad y las residentes de la Región Occidental mencionaron con mayor frecuencia a su compañero como el responsable en decidir si la pareja utiliza o no algún método anticonceptivo. Las mujeres jóvenes pertenecientes a la región Paracentral refirieron tener una mayor influencia sobre esta decisión. Aunque las entrevistadas generalmente coincidían en que “los tiempos están cambiando” y los hombres están más dispuestos a planificar, se mantiene la percepción de que es el derecho del hombre decidir sobre el número de integrantes del hogar. Ninguna de las entrevistadas mencionó planificar “a escondidas” de su pareja pero sí comentaron sobre amigas o familiares que recurrían a esta práctica. Una doctora comentó al respecto:

*“Entonces le dije a la señora (una paciente) ‘¿usted planifica?’ Y tenía dos niños chiquitos aquí, porque aquí son cuatro o cinco los que traen, no solo es uno (al control del niño sano). Tenía dos niños chiquitos aquí y cuando oyó el grande que yo le dije de planificar, se asomó. Era un niño como de 13 años. ‘No’, me dijo la señora y le dijo al niño ‘Mirá, andá a pasear al niño que está llorando’. Entonces, cuando el niño se fue, aprovechó para decirme y en secreto que sí está planificando pero estaba planificando con una ONG que también da consulta. ‘Vaya’, le dije. Yo quise seguir indagando pero me imaginé que el papá ya lo tiene como adiestrado de que no le hablen de planificar, que esto y que lo otro...pero las señoras lo hacen pero lo hacen a escondidas.” (TAC-23-3)*

### **Decisiones sobre el tipo de método anticonceptivo a utilizar**

Una de las principales barreras para el uso de los métodos anticonceptivos constituye los efectos secundarios que las mujeres consideran que producen. Algunos efectos secundarios mencionados son comúnmente conocidos tales como la ganancia de peso, mareos y sangrado irregular mientras que otros se refieren a creencias populares tales como el daño que producen en la belleza de la mujer. Las experiencias personales como el sangrado continuo o malestar al utilizar algún método o las experiencias de vecinas y amigas son consideraciones que toman en cuenta las mujeres en la decisión sobre el método anticonceptivo a utilizar. En una de las entrevistas, se comentó lo siguiente:

*“(...) han de decir que se van a manchar, que no les va a caer bien, porque eso pasa, a algunas no les cae bien usar esos métodos. Yo creo que por muchas cosas, porque la inyección da dolor de cabeza, debilidad, a veces mareos a algunas pero hay otras que no les pone bien porque se ponen gordas. Y se siente, yo he oído que algunas dicen que es veneno pero yo digo que no (...)”.* (SMO-23-1)

Según las entrevistadas, el tema de planificación familiar se discute con el personal de salud durante el control posnatal. A pesar de que el personal conversa con las mujeres sobre las ventajas y desventajas de varios métodos, las entrevistadas mencionaron los inyectables de un mes, tres meses y las pastillas anticonceptivas como las principales opciones de métodos anticonceptivos disponibles. El método de amenorrea de la lactancia (MELA) fue mencionado por el personal de salud como el principal método promovido para la planificación familiar durante los 6 meses después del parto. Sin embargo, las mujeres puérperas entrevistadas generalmente no hicieron referencia a este método como opción para planificar y en caso de que lo hiciesen, no eran claras las condiciones que deben cumplirse para que este método sea efectivo. Otros métodos como el condón o el dispositivo intrauterino tampoco fueron mencionados como opciones comunes de planificación.

### **C. Control prenatal**

La mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron haber recibido el control prenatal durante su último embarazo. Las mujeres que refirieron no asistir a estos controles generalmente eran mayores y ya habían tenido múltiples embarazos. Otras reconocieron que algunas mujeres no van al control porque les da pena. Una mujer comentó:

*“A veces nos da pena, que no nos gusta que el doctor nos vea el estómago o porque pregunta qué comen. Por eso es que no van.”* (TAC-23-1)

Un factor que facilita la asistencia al control prenatal es que las madres reconocen la importancia que tienen estas visitas para mantener su salud y la de su bebé. Otro factor que motiva a las mujeres a asistir al control es que reciben vacunas y las tabletas de hierro y ácido fólico. Sin embargo, estas tabletas producen efectos secundarios por lo que algunas mujeres no se las toman; tal y como lo explicó una doctora:

*“Bueno, micronutrientes nos dan pero yo creo que lo que no se han dado cuenta en el Ministerio es que el hierro más ácido fólico le da mucha gastritis a las mujeres y muchas ni le dicen a uno pero ni se lo toman.”* (TAC-23-3).

Un facilitador a nivel de la UCSF es la prioridad en la atención de la embarazada por lo que generalmente el tiempo de espera para ser atendido es corto. Asimismo, la mayoría de las mujeres refieren recibir un trato amable y cordial por parte de las enfermeras y médicos de la UCSF. Otro factor que motiva a las mujeres a asistir a la unidad son las charlas que las auxiliares de enfermería o enfermeras brindan mientras se encuentran en la sala de espera.

A pesar de que las mujeres reconocen la importancia de asistir al control prenatal, no es claro que perciban que todos los controles prenatales son necesarios para mantener su salud y la de su bebé. Las labores domésticas, el olvido y la falta de tiempo fueron las principales razones mencionadas por las cuales las entrevistadas no asistieron a todas las citas del control prenatal.

La labor del promotor de salud para motivar la asistencia al control prenatal fue mencionada en todas las comunidades visitadas. El promotor visita a las casas de las mujeres embarazadas para verificar que están asistiendo a sus controles y que la mujer tenga un buen estado de salud.

#### ***D. Atención intrahospitalaria del parto***

Las mujeres reconocen la importancia que tiene el parto intrahospitalario para prevenir las muertes neonatales y recibir atención oportuna en caso de que se presente alguna complicación, además de tener otros beneficios como ser más higiénico. A pesar de que la mayoría de las mujeres entrevistadas recibió atención hospitalaria, muchas refirieron conocer casos de mujeres que tuvieron un parto en el hogar. Sobre los beneficios del parto intrahospitalario, una mujer comentó:

*“La ventaja es que por allá está el médico. Si uno lo tiene en la casa, aquí no hay médico. ¡Imagínese! Uno se agrava, no hay ningún médico que lo vea y por allá en cambio en el hospital sí. Si hay complicaciones, ellos ven cómo le hacen y en la casa, uno se puede morir o la criatura (...).” (SMO-23-2)*

Las mujeres que tuvieron el parto en el hogar citaron diferentes razones para justificar este comportamiento, las cuales variaron según las edades de las entrevistadas. Las mujeres mayores comentaron que el parto en el hogar era una costumbre que no les había generado ningún inconveniente en el pasado mientras que las mujeres jóvenes comentaron que no pudieron trasladarse al hospital a tiempo. A pesar de que las mujeres planean con anticipación su traslado al hospital, algunas refirieron no haber encontrado al particular a cargo del transporte en el momento necesitado. Estas mujeres no conocían la opción del traslado en ambulancia que ofrecen las UCSF a la mujer embarazada. Este servicio fue considerado con uno de los principales facilitadores del parto intrahospitalario. Algunas mujeres tienen el número de teléfono del promotor de salud y pueden contactarlo para que coordine el servicio de ambulancia cuando es requerido. Una mujer puérpera comentó sobre su traslado al hospital para el parto:

*“Como ya me había dicho en la unidad de salud que solo fuera donde la promotora y que ella le hable a la ambulancia...ella le habló a la ambulancia y ligero vino la ambulancia a traerme. Me llevaron ligero. Como ya eso me habían dicho las doctoras, que cuando me sintiera mal, que solo platicara con ella (con la promotora).” (SMO-23-1)*

Otros factores que motivan a la mujer son los consejos recibidos por el personal de salud durante el control prenatal y los consejos de los promotores de salud que resaltan la importancia del parto intrahospitalario. Asimismo, las mujeres a las que se les detectó alguna situación que impide tener un parto normal u otra situación de riesgo durante el control prenatal, refirieron optar por tener un parto intrahospitalario.

Una de las principales barreras identificadas para asistir al hospital es el miedo que sienten las mujeres a que se les practique la cesárea o la episiotomía. Este miedo fue expresado con mayor vehemencia por las mujeres jóvenes primíparas. Unas mujeres comentaron lo siguiente:

*(...) “En mi caso, yo cuando tuve mi primer niño no quería ir porque yo decía que me iban a hacer cesárea, que no sé qué, pues mire, yo sí me agarré de eso y no fui.” (TAC-21-1)*

*“Hay unas que prefieren no ir (al hospital) porque tienen miedo que las rajen con el cuchillo (cesárea)...”(SEC-14-2)*

Asimismo, las experiencias personales pasadas o experiencias de las vecinas y familiares sobre el maltrato que recibieron por parte del personal de salud es una razón comúnmente citada por las entrevistadas para no buscar la atención intrahospitalaria del parto; tal y como se comentó en una entrevista al personal de salud:

*(...) “otra cosa que siempre nos critican es el hecho de cómo se tratan a las mujeres en el parto. En los hospitales no se les trata bien. No deja de quedar invitada de volver a ir. Entonces, también, sí las hemos mandado antes y ha habido rechazo por parte del personal que las atendió. Ni que les paguemos van porque ellas dicen ‘no voy y no voy’.” (TAC-24-3)*

### **E. Control posnatal**

Durante el puerperio, las mujeres hacen “la dieta”, la cual constituye en una serie de cuidados tales como guardar reposo y abstenerse de comer ciertos alimentos que pueden ser perjudiciales para su salud. Este periodo de reposo posiblemente influya en que algunas madres no asistan al control antes de los primeros 8 días posparto. En zonas donde la UCSF se encuentra alejada, el desplazamiento del ECO a las comunidades facilita la asistencia al control prenatal. Una doctora comentó al respecto:

*“Igual un niño recién nacido...por ejemplo, tenemos a mujeres que han dado a luz este mes y casi todas las semanas hemos ido a los cantones a ver cómo están esos recién nacidos y al mismo tiempo, se les hace su inscripción.” (SEC-26-5)*

Las mujeres reconocen que los controles posnatales son importantes para mantener la salud del recién nacido ya que el personal de salud los examina, les toma el peso y les administran las vacunas necesarias. Durante estos controles, el personal de salud dedica la mayor parte de su tiempo a examinar al menor por lo que la atención que se le da a la madre es limitada por lo que generalmente, las mujeres no identificaron estos controles como beneficiosos para su salud.

## **F. Control del niño sano**

El control del niño sano es importante para las madres ya que se les informa sobre el crecimiento de sus hijos y reciben las vacunas necesarias, la vitamina A y los suplementos de hierro y zinc. A pesar de que la mayoría de las entrevistadas llevan a sus hijos al control en la UCSF, algunas comentaron a los casos de vecinas o familiares que no llevan a los niños a los controles para que no reciban las vacunas puesto que les causan reacciones e irritación de los niños. Una madre comentó:

*“Como están tiernitos, les duele (las vacunas). Va, entonces quizás por esto no les gusta ‘Ah, va a molestar mucho y va a llorar’, porque hay quienes por eso no les gusta llevarlos a los controles, por las vacunas.” (SMO-23-1)*

Todas las mujeres entrevistadas refirieron haber recibido los suplementos del hierro y zinc para los niños en el control del niño sano. No obstante, algunas no le dan a los niños el suplemento de hierro ya que tiene mal sabor y mancha los dientes. En algunos casos, las mujeres refirieron recibir el consejo del personal de salud de diluir el hierro en jugo de naranja para evitar el manchado de los dientes. En otras ocasiones, para evitar el manchado, les limpian los dientes a los niños después de haberles dado el suplemento. Una promotora de salud comentó al respecto:

*(...) “como le sienten un olorcito a moho, dice la gente ‘ay no, que le pican los dientes a los niños’ y se les explica cómo tiene que ser es dárselo en algo que no le sientan el sabor y luego cepillar los dientes, pero como a veces la gente es descuidada...no se toman el hierro.”(SMO-01-5)*

A diferencia del hierro, las madres no tuvieron problemas con darle el jarabe del zinc ya que no tiene mal sabor ni produce ningún efecto visible en los niños. Asimismo, a pesar de que en el control del niño sano se identifican niños con retardo en crecimiento o bajo peso, la consejería u otras acciones tomadas en la UCSF posiblemente son insuficientes para tratar el problema. Según comenta una mujer madre de un niño al que le identificaron bajo peso en la consulta:

*“Sí, me decían que lo alimentaría bastante que le diera de comer varias veces en el día, y que le dé, así comidas de todo pues, que no ande seleccionando, que le dé de toda comida para que aumente de peso y que pueda tener defensas, no hay ninguna comida que les hago daño, de todo tengo que darle, pescado carne, arroz, papa...pero siempre que he llevado al niño al control, siempre hay un retroceso...” (TEC-25-1).*

### **G. Retos que enfrenta la unidad comunitaria de salud familiar para la prestación de servicios**

Tres UCSF visitadas contaban con Ecos familiares rurales encargados de proveer servicios de atención primaria a aproximadamente 600 familias. Al ser de reciente formación, las unidades a cargo y el personal de salud se encuentran en un periodo de adaptación y transición hacia este nuevo modelo de atención a la salud. Dentro de los retos identificados por el personal entrevistado en las UCSF se encuentran la falta de transporte para trasladar a los equipos a las comunidades. Asimismo, el personal de los Ecos todavía no cuenta con todos los recursos disponibles necesarios para dar la atención tales como balanzas, tallímetros, estetoscopios, etc. por lo que deben utilizar su propio equipo o el de la unidad. Sobre las principales necesidades de los Ecos rurales, una doctora comentó:

*“Vaya primero, este... para movilizarnos, tener un vehículo así como está planteado, que cada Eco tiene un vehículo para moverse. Entonces, si eso se cumpliera, sería más fácil para nosotros movilizarnos, y movilizar pacientes y sería mucho más fácil porque llegaríamos más lejos, llegaríamos a las personas que viven más lejos y tal vez podríamos referir a estas personas con mayor facilidad. Eso es lo primordial, el vehículo. También el equipo necesario como le decía, las lámparas de ganso, este... (...) Necesitamos básculas para niños y para adultos, tallímetros también, porque la Unidad de Salud tiene las propias de la Unidad de Salud y ahorita estamos utilizando material de la Unidad de Salud.” (SEC-23-5)*

### **Medicamentos e insumos para la salud**

La disponibilidad continua de insumos y medicamentos en las unidades de salud es necesaria para asegurar la calidad en la atención de los servicios materno infantil. Estos insumos incluyen los métodos anticonceptivos (inyectables de 1 mes, 3 meses, pastillas anticonceptivas y condones), tabletas de hierro y ácido fólico, vacunas, suplementos de hierro, zinc y vitamina A y sales de rehidratación oral.

A pesar de que estos insumos se encontraron disponibles en las cuatro unidades de salud visitadas, se identificaron una serie de retos para el abastecimiento adecuado de medicamentos:

- *Transporte de medicamentos:* Existen cinco bodegas regionales encargadas de suplir bimensualmente con medicamentos a las UCSF de todo el país y éstas por su lado, son responsables de suplir a los Ecos. Dado que la unidad tiene recursos muy limitados y hasta recientemente, no tenía como mandato el abastecimiento del Eco, es probable que no cuenten con los vehículos aptos para hacer el traslado de medicamentos en condiciones óptimas. Asimismo, no hay un mecanismo para certificar que los vehículos disponibles cumplan con las condiciones necesarias para asegurar que se preserve la calidad del producto.

- *Compra de medicamentos:* El presupuesto asignado para la compra de medicamentos a nivel nacional no cubre la necesidad real de medicamentos. La compra de medicamentos se rige bajo los procesos administrativos y operativos descritos en La Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP). Esta ley no favorece la adquisición oportuna y eficiente de medicamentos ya que el proceso administrativo sin demoras tarda aproximadamente 161 días. Asimismo, la penalización al proveedor en caso de incumplimiento de las fechas de entrega es mínima por lo que no se incentiva el suministro oportuno del medicamento. Por otro lado, LACAP produce otra serie de problemas que impactan el adecuado suministro de medicamentos los cuales han sido ampliamente identificados y documentados por el Ministerio de Salud<sup>10,13,14</sup>.
- *Almacenamiento de medicamentos:* Según el Ministerio de Salud, “*las condiciones de almacenamiento y distribución de medicamentos en los establecimientos de la red pública son inadecuadas*”<sup>15</sup>. Para mejorar esta situación, se necesita una mayor inversión de recursos y la implementación de un sistema que certifique continuamente el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos.

### **Otras consultas a la UCSF**

Las mujeres entrevistadas refirieron que la atención de los servicios de salud materno-infantil es rápida y de buena calidad. Sin embargo, al referirse a las consultas a la unidad por otras causas, comentaron sobre los largos tiempos de espera y en varias ocasiones, expresaron su insatisfacción con la calidad de la atención recibida. Las causas principales de esta insatisfacción son la falta de medicamentos disponibles para el tratamiento de enfermedades y la percepción de que el doctor no examina adecuadamente al paciente ni dedica el tiempo necesario para hacer un diagnóstico certero y prescribir un tratamiento adecuado. Esta insatisfacción puede influir sobre la percepción que tiene el usuario del personal de la unidad, lo cual puede generar desconfianza y desincentivar el uso de los servicios. Una entrevistada comentó:

*“Una vez lo traje a la unidad de salud y el niño andaba pero tan mal, lo andaba con 39 de temperatura y padecía de la garganta. Vine yo y le dije a la doctora que era eso lo que más le molestaba y me dijo que el niño no tenía nada en la garganta. Me le dieron solo acetaminofén (...). Entonces me lo llevé a pasar consulta (privada). El niño tenía una faringitis bacteriana. La próxima vez que pasé consulta ahí (en la unidad de salud), les dije que no me pasaran con esa doctora porque la vez pasada me dijo que el niño estaba bien y no estaba.” (TEC-22-1)*

## **Promotor de salud**

El promotor de salud es el vínculo que tiene la UCSF con la comunidad. Esta figura incentiva el uso de los servicios de salud, promueve la adopción de conductas saludables y visita a los hogares periódicamente. La labor que desempeña fue reconocida por las madres y el personal de salud. No obstante, el promotor enfrenta varios retos tales como la aceptación de su labor en la comunidad, alta carga de trabajo y falta de insumos; tal y como se comentó en una entrevista:

*“Si ellos (los promotores de salud) no tienen un medio de transporte, tienen que caminar mucho. Pienso que como ellos viven en la comunidad, a veces estas personas se pelean con ellos por el hecho de que ellos les tienen que decir: ‘Mire fíjese que es necesario que usted tiene que irse al hospital.’ ‘Mire, tómese esto.’ ‘No le de antitusivos al niño’, o no sé. Entonces ellos tienen problemas incluso con las personas de su comunidad y entonces es cuando ellos no les hacen caso. Y ellos tratan de aconsejarles. Pero ya los ruegan pues. Entonces sí, este trabajo es bastante pesado para ellos.” (SEC-28-6)*

#### IV. Recomendaciones

- *Salud reproductiva en adolescentes:* El embarazo en adolescentes en el quintil de menor ingreso constituye uno de los principales retos en el tema de salud sexual y reproductiva que enfrenta el país. La tasa específica de fecundidad para este grupo triplica la estimada para el mismo grupo de edad perteneciente al quintil de mayor ingreso (131 vs.43 nacimientos por 1000)<sup>16</sup>. Dentro de las barreras identificadas para la prevención de los embarazos en adolescentes se encuentra el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, la falta de acceso a fuentes confiables de información, la falta de acceso a los métodos anticonceptivos y a oportunidades de consultas confidenciales con el personal de salud. Se recomienda implementar enfoques integrales para la *educación sexual y reproductiva* del adolescente en coordinación con los centros educativos, personal de salud y las comunidades. Las UCSF pueden implementar estrategias diseñadas específicamente para satisfacer las necesidades de los jóvenes en la comunidad tales como ofrecer oportunidades de consultas confidenciales, horarios de atención flexible después de clases, etc.
- *Planificación familiar:* El uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil constituye un reto en especial en el quintil de menor ingreso. En este grupo, el inicio de uso de métodos anticonceptivos se da después de haber tenido dos hijos vivos en promedio<sup>13</sup>. La principal barrera para el uso de métodos anticonceptivos constituye el temor a sus efectos secundarios. Este hallazgo coincide con los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Familiar. Tal como lo describe la Encuesta, "la mayoría de las razones (...) podrían considerarse razones socioculturales, que se contrarrestarían mediante la ejecución de programas adecuados de información, educación y comunicación." Se deben fortalecer los esfuerzos que implementa la UCSF para dar a conocer las opciones de planificación familiar disponibles. Estos esfuerzos deben promover la discusión abierta sobre los posibles efectos secundarios de cada método, discutir los mitos relacionado con cada método y guiar en la elección del método más apropiado para cada situación particular.
- *Salud sexual y reproductiva:* A pesar de que el tema no se exploró en este informe, tanto las mujeres de las comunidades como el personal de salud coinciden en que existe una serie de factores como la promiscuidad sexual y la violencia intrafamiliar que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Cualquier estrategia que promueva la planificación familiar debe incluir un componente que aborde el tema de prevención de ETS.
- *Control prenatal:* Se recomienda realizar un estudio para determinar la aceptabilidad y consumo real que tienen las pastillas de hierro y ácido fólico que se le suministra a la mujer embarazada. Un entendimiento de la percepción que tienen las mujeres de estas pastillas así como de las barreras y facilitadores para su consumo puede permitir elaborar mensajes educativos claves para promover su uso o identificar otras presentaciones del suplemento más aceptables.
- *Parto intrahospitalario:* La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que las cesáreas deben constituir entre el 5 y el 15% del total de partos para garantizar la accesibilidad al procedimiento y al mismo tiempo, prevenir su abuso. Del total de partos al nivel nacional, uno de

cada cuatro fue por cesárea, proporción conformada por el 16% de emergencia y el 9% programada. En la última década, la tasa general de partos por cesárea aumentó en 9 puntos porcentuales (16 al 25%), lo que sugiere un posible abuso de la práctica. Asimismo, la práctica de episiotomía a nivel nacional es de 59.5% y alcanza al 82.8% de las mujeres primíparas. Estos porcentajes resultan altos considerando la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación con la restrictiva no confiere ningún beneficio comprobado en partos vaginales sin complicaciones<sup>17</sup>. A nivel hospitalario, se recomienda promover el seguimiento de *la Guía Clínica de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido* la cual recomienda evitar la aplicación rutinaria de la inducción y conducción del parto y la ruptura de membranas para acelerar el parto. A nivel de UCSF se recomienda que durante el control prenatal se brinde consejería para la preparación del parto y se incentiven espacios donde las embarazadas puedan externar sus temores e inquietudes.

- *Control del niño sano:* Se recomienda establecer una estrategia de información, educación y comunicación para promover el consumo de los suplementos de hierro. Esta estrategia debe promover el uso adecuado de los suplementos distribuidos tomando en cuenta las principales barreras que enfrentan las madres para suministrar el hierro a los niños. En caso de que se decida suministrar micronutrientes en polvo como sustituto del jarabe de hierro, se recomienda realizar un estudio piloto de aceptabilidad del producto y la elaboración de una estrategia de información, educación y comunicación que promueva el uso adecuado del producto.
- *Control del niño sano:* Los hogares de las comunidades visitadas viven en extrema pobreza y generalmente sufren de inseguridad alimentaria y nutricional. Las estrategias de consejería para el tratamiento del retardo en talla en hogares con inseguridad alimentario no son efectivas por sí solas. Por esta razón, se recomienda que la consejería se complemente con alguna intervención de probada efectividad para el tratamiento del retardo en talla en caso que se identifique niños con este problema.

## V. Bibliografía

1. WHO. *Equity, social determinants and public health programmes*. (Blas E, Kurup AS, eds.). Geneva: World Health Organization; 2010.
2. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:167-94.
3. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud OPS/OMS. *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*. Washington, D.C.; 2006.
4. Angel-Urdinola D, Cortez R, Tanabe K. *Equity, Access to Health Care Services and Expenditures on Health in Nicaragua*. Washington, D.C.; 2008.
5. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*. 2001;53(9):1149-62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556606>.
6. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian S. Health care and equity in India. *The Lancet*. 2011;377(9764):505-515. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610618946> [Accessed January 16, 2011].
7. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*. 1973;51(1):95-124. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4198894>.
8. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. In: Andersen RM, Rice T, Kominski G, eds. *Changing the U.S. health care system: Key issues*
9. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*. 2002;54(8):1255-66. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11989961>.
10. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2009-2010 “Hacia la construcción de la viabilidad de la Reforma de Salud”. San Salvador; 2010.
11. Rodríguez, MI. Construyendo la Esperanza: Estrategias y recomendaciones en salud para el nuevo gobierno 2009-2014. San Salvador; 2009.
12. Ministerio de Salud de El Salvador. “Lineamientos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS FAMILIARES”. San Salvador; 2011.
13. Espinoza E, Elías A, Guevara G. Caracterización del sector farmacéutico nacional: Informe final. San Salvador; 2009.

14. Ministerio de Salud de El Salvador. La imperiosa necesidad de una ley de medicamentos y productos sanitarios. San Salvador; 2010.

15. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de labores 2009-2010: Hacia la construcción de la viabilidad de la Reforma de Salud. San Salvador;2010.

16. Gobierno de El Salvador. Informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). San Salvador; 2009.

17. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth.*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081

## VI. Anexo

### Marco analítico sobre las condiciones prioritarias de salud pública

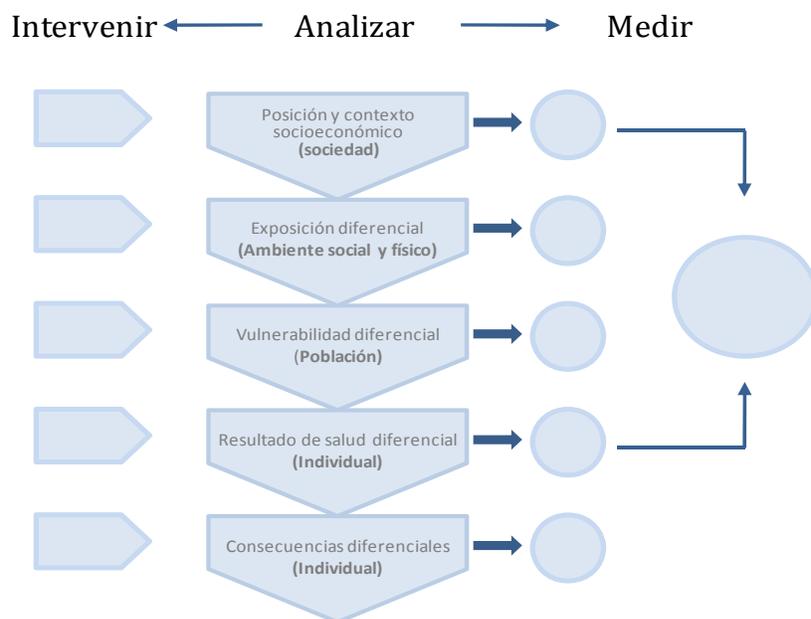


Figura 1. Marco analítico sobre las condiciones prioritarias de salud pública

Fuente: WHO, 2010.

- 1. Posición y contexto socioeconómico (estructuras sociales):** La posición social de un individuo ejerce una gran influencia en el tipo, magnitud y distribución de la salud en la sociedad. El control sobre el poder y los recursos en la sociedad genera la estratificación de arreglos legales e institucionales y distorsiona las fuerzas políticas y del mercado. Mientras que la estratificación social no es considerada determinante de la condición de salud per se, debe comprenderse y abordarse para reducir las inequidades en salud. Dentro de los factores que definen la posición socioeconómica se encuentran la clase social, el género, la etnia, educación, ocupación y salario. La importancia relativa de estos factores se encuentra determinada por el contexto nacional e internacional tales como el sistema de gobernanza, las políticas sociales, las políticas macroeconómicas y públicas, la cultura y los valores culturales.
- 2. Exposición diferencial (ambiente):** La exposición de un individuo a la mayoría de factores de riesgo (materiales, psicosociales y del comportamiento) se encuentra inversamente relacionada con su posición social. Muchos de los programas sociales no diferencian entre las estrategias de reducción a la exposición al riesgo de acuerdo a la posición social a pesar de que el análisis estratificado por grupo socioeconómico mostraría claramente el riesgo mayor que sufren las poblaciones de menores estratos. Entender las “causas de las causas” es importante para desarrollar estrategias orientadas a lograr mayor equidad en salud. Las personas en posiciones de desventaja están expuestas a mayor número y tipo de factores de riesgo tales como crisis

naturales, condiciones de vivienda o de trabajo insalubres, baja disponibilidad y calidad de alimentos, exclusión social y mayores barreras para la adopción de hábitos saludables.

- 3. Vulnerabilidad diferencial (grupos poblacionales):** Los efectos de la exposición a los factores de riesgo se ven potencializados en poblaciones vulnerables por razones tales como un menor acceso a los servicios de salud. Se deben identificar puntos de entrada para lograr romper el ciclo vicioso en el cual muchas poblaciones se encuentran atrapadas.
- 4. Resultados diferenciados de salud (individuo):** La equidad en salud implica que una persona que tiene alguna necesidad de salud, recibirá atención oportuna que será beneficiosa para ella, sin importar su posición social. El resultado de la equidad en salud, por lo tanto, es la reducción en las diferencias en los resultados en salud entre los diferentes grupos socioeconómicos.
- 5. Consecuencias diferenciadas (individuo):** Un inadecuado estado de salud puede producir consecuencias sociales y económicas tales como la pérdida de trabajo, exclusión social o pérdida de la capacidad para trabajar. Para la población desprotegida, una mala salud puede resultar en una mayor degradación económica, menor ingreso y mayor presencia de condiciones que empeoran su estado de salud.