

Universidad Centroamericana
“José Simeón Cañas”



**SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA
DE HOGARES DE ESPERA MATERNA DE FOSALUD.**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREPARADO PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTADO POR

Cecilia Alejandra Valencia Olivares	00196312
Arturo José Avilés Sánchez	00215711
Ronald Moisés Mendoza Ayala	00239412

ASESORA:

Licda. Julia Evelyn Martínez

ANTIGUO CUSCATLÁN, SEPTIEMBRE DE 2017

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
"JOSÉ SIMEÓN CAÑAS"

RECTOR
ANDREU OLIVA DE LA ESPERANZA, S.J.

SECRETARIO(A) GENERAL
MSC. SILVIA ELINOR AZUCENA DE FERNÁNDEZ

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DR. RICARDO FLORES

DIRECTOR(A) DEL TRABAJO
LICDA. JULIA EVELYN MARTÍNEZ BARRAZA

SEGUNDO(A) LECTOR(A)
JOEL ADONAY DE PAZ FLORES

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Cecilia y a mi padre Renzo, que aun en la distancia han sabido guiarme; a Tania, Renzo, Uriel y Kike que han sabido aguantarme y enseñarme mucho a través de los años, a mis compañeros de tesis Ronald y Arturo que me impulsaron a esforzarme al máximo en este proyecto vuelto travesía, experiencia y aprendizaje; a nuestra asesora Julia Evelyn Martínez quien supo brindarnos una guía y un apoyo siempre; a Rhency que con tu tiempo me has dado la oportunidad de un futuro; a mis amigas Kathy y Margara en las que siempre encontré un momento para descansar, reír y bailar. Y en especial a ti Noemí que al ser tan testaruda, aun desde el cielo, insistes en cambiar el mundo.

Cecilia Alejandra Valencia Olivares

Primeramente agradecer a Dios, por la segunda oportunidad de vida que me ha brindado para poder ver finalizada mi tesis, a mis padres Arturo y Delmy por su apoyo incondicional y enseñarme que todo se puede lograr con fe y esfuerzo, Adriana y Kike por enseñarme cada día el valor de la familia, a mis por siempre estar ahí de manera incondicional.

Arturo José Avilés Sánchez

Dedico de manera especial mis agradecimientos a Dios Primeramente por todo las Bendiciones que me ha dado y permitirme una buena experiencia dentro de mi universidad, también, a mi Tía que fue el principal cimiento para la construcción de mi vida tanto profesional y personal y como sus consejos ayudaron a mis deseos de superación y por ello le doy gracias a Dios por concederme la mejor tía. A mi madre que ofreció su apoyo en todo momento a pesar de la distancia. A mis compañeros de tesis que de una u otra forma logramos ser esa mancuerna y realizar con éxito este trabajo. Y finalmente, agradezco a todas esas personas que aportaron de una u otra forma su ayuda para lograr esta nueva meta, mi licenciatura.

Ronald Moisés Mendoza Ayala

Índice General de Contenido

Introducción.....	9
1. Capítulo I: Aspectos teóricos-conceptuales sobre la economía del cuidado.	11
1.1- Neoliberalismo 2.0, una propuesta sin enfoque de cuidado.....	11
1.2- Enfoque teórico Post-Neoliberal: Economía Feminista y Economía del Cuidado.....	15
1.3- Embarazo y la Maternidad en Flujo circular extendido y ampliado.....	18
1.4- Las amenazas del ciclo de la vida durante el embarazo.....	19
2- Capitulo II: Hogares de Espera Materna de FOSALUD.....	21
2.1-Acercamiento al contexto del embarazo, la maternidad y mortalidad materna en el mundo y en El Salvador	21
2.1.1- Objetivos de Desarrollo del Milenio, Objetivos de Desarrollo Sostenible y Consenso de Montevideo.	27
2.2- Hogares de Espera Materna: una propuesta de política pública para disminuir la mortalidad materna	29
2.2.1- Hogares de Espera Materna en el mundo.	30
2.2.2- Hogares de Espera Materna en El Salvador.	31
2.3- Hogares de Espera Materna: Modelo de Atención y Resultados.....	37
2.3.1- Aspectos metodológicos.....	37
2.3.2- Modelo de atención de los Hogares de Espera Materna.....	41
2.3.3- Resultados del modelo de atención.	56
3- Análisis de las mejores prácticas y lecciones aprendidas e identificación de propuestas de fortalecimiento de los Hogares de Espera Materna.	66
3.1- Buenas prácticas.....	66
3.2- Lecciones aprendidas.....	69
3.3- Propuestas de fortalecimiento.....	70
Anexos	73
Bibliografía.....	101

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 : Flujo Circular Cooperativo Simple.

Esquema 2: Flujo Circular Extendido.

Esquema 3: Tres demoras que causan muerte materna y perinatal.

Esquema 4: Clasificación de las Muertes Maternas.

Esquema 5: Estrategia Metodológica.

Esquema 6: Plan de acción de los Hogares de Espera Materna (HEM).

Esquema 7: Flujo de atención de los Hogares de Espera Materna (HEM).

Esquema 8: Grupos Comunicativos.

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1: Razón de mortalidad materna en el mundo.

(RMM, muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos).

Mapa 2: Ubicación de los Hogares de Espera Materna en El Salvador.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Índice de Mortalidad en América en 2015.

Tabla 2: Construcción de Hogares de Espera Materna.

Tabla 3. Cobertura de atención a mujeres embarazadas en los HEM. Enero a diciembre 2016.

Tabla 4: Características Socio-Demográficas de los HEM.

Tabla 5: Características identificadas de los ocho HEM visitados

Tabla 6: Comparación de perfiles de investigación.

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfico 1: Tendencias de la razón de mortalidad materna en El Salvador 1990-2015.

Gráfico 2: Muertes maternas según grado de prevención El Salvador 2006-2009.

Gráfico 3: Análisis Entrevista Licenciadas Materno-Infantiles.

Gráfico 4: Apreciación de las licenciadas materno infantil en cuanto a Certificación por Recursos Humanos.

Gráfico 5: Valoración del Trato por parte de las Usuarias de los Hogares de Espera Materna.

Gráfico 6: Tendencia de la RMM para los años 2005-2017.

Gráfico 7: Análisis de la tendencia de las usuarias de los HEM para los años 2013 – 2017.

Gráfico 8: Análisis de la Cobertura de parto intrahospitalario del sistema nacional de salud para los años 2005 – 2016.

Gráfico 9: Análisis del control prenatal para los años 2005 – 2016.

Gráfico 10: Análisis del porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años para los años 2005 – 2016.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Entrevista a gestantes ingresadas en los HEM.

ANEXO II: Entrevista a Casos de Éxito.

ANEXO III: Entrevista a Licenciadas Materno – Infantil.

ANEXO IV: Entrevista a Directores de Unidad de Salud.

ANEXO V: Grupo Focal para Comité de Apoyo.

ANEXO VI: Álbum Fotográfico.

ANEXO VII: Cronograma de Salidas.

ANEXO VIII: Ejemplo de Tabulador Diario de HEM.

ANEXO IX: Ubicación geográfica de las gestantes existentes en una zona delimitada o Área Geográfica de Influencia (AGI).

ANEXO X: Formato de Ficha Médica de alojamiento de la embarazada.

ANEXO XI: Formato de libro de registro del HEM.

ANEXO XII: Formato de Hoja de control de signos vitales por personal del HEM.

ANEXO XIII: Formato de Hoja de evolución médica.

ANEXO XIV: Formato de Hoja de evolución personal del HEM.

ANEXO XV: Formato de Hoja de evolución médica de puerperio.

ANEXO XVI: Formato de historia de parto y recién nacido por personal del HEM.

Siglas y abreviaturas

AGI: Agencia de Gestión de la Investigación.

AGI: Área Geográfica De Influencia.

AOE: Atención Obstetra Esencial.

APS: Atención Primaria en Salud.

CEDAW: Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women.

CIAMIN: Centro Integral De Atención Materno-Infantil Y Nutrición.

ECOS: Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados.

FCF: Frecuencia Cardiaca Fetal.

FOSALUD: Fondo Solidario Para La Salud.

FUR: Fecha De Última Regla.

HEM: Hogares de Espera Materna.

ISSN: International Standard Serial Number.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. GUATEMALA.

ODM: Objetivos De Desarrollo Del Milenio.

ODS: Objetivos De Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

OPS: organización Panamericana de la Salud.

PNC: Policía Nacional Civil.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RCIU: Restricción Del Crecimiento Intrauterino.

RIIS: Red Integral E Integrada De Servicios De Salud.

RMM: Razón de Mortalidad Materna.

SIBASI: Sistemas Básicos De Salud Integral.

THE: Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund.

USAID: United States Agency for International Development.

USG: Ultrasonografía.

Introducción

La presente investigación pretende determinar la importancia de la estrategia de los Hogares de Espera Materna (HEM) del FOSALUD sobre la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal; además de determinar las potencialidades de impulsar la estrategia de los HEM en El Salvador desde un enfoque de la economía del cuidado como una alternativa post neoliberal para el desarrollo.

La teoría económica dominante explica los procesos de la vida como parte de un aparato simplificado que deja de lado todos los demás procesos de acompañamiento que no resultan ser puramente económicos, sin embargo estos constituyen una serie de procesos biológicos, fisiológicos, mentales, etc., que también deben ser atendidos para poder concluir el ciclo de reproducción de la vida humana de forma plena y segura. Es por ello que se vuelve absolutamente necesario contar con aparatos que surjan fuera de la esfera capitalista, y que se enfoquen en dar solución a los problemas que constituyen parte de la crisis que enfrentan los ciclos de reproducción de la vida humana.

Este trabajo surge como parte del programa de investigaciones que desde la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA) se realizan para conocer, analizar y proponer alternativas económicas y sociales que permitan a su vez la construcción de una sociedad y una economía fundamentadas en la sostenibilidad de la vida a lo largo de sus ciclos naturales y no solo en el radio de acción de la actual problemática capitalista, que es dar únicamente solución a la crisis económica actual, al mismo tiempo plantea una respuesta a la necesidad del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) de realizar la sistematización del modelo de atención de la estrategia de Hogares de Espera Materna (HEM).

Conjuntamente es un precedente de esta estrategia, ya que no se cuenta con investigaciones sobre los HEM, el trabajo propone verificar si estos realmente han tenido un impacto positivo en la reducción de la Mortalidad Materna, desde una perspectiva de la teoría economía del cuidado y el resto de factores vitales que intervienen dentro del ciclo de reproducción de la vida humana. El estudio se ha realizado a partir de una muestra de ocho HEM (Perquín, Cara Sucia, Sonsonate, Anamorós, Planes de Renderos, Coatepeque, San Gerardo y Puerto el Triunfo), seleccionada de los veintiún Hogares de Espera Materna (HEM) existentes.

La presentación de los resultados de la investigación se organiza en tres capítulos a saber,

En el primer capítulo se realiza una crítica a la racionalidad del capitalismo neoliberal, se identifican los efectos que tiene dicha lógica en el ciclo de reproducción de la vida. Dentro del mismo capítulo se aborda el marco teórico-conceptual que permite analizar los programas de espera materna y cuidados prenatales, así como el impacto de estos en la reducción de la mortalidad materna.

En el segundo capítulo, se cuenta con la caracterización del modelo de atención del programa de Hogares de Espera Materna (HEM), lo que permite identificar y clasificar los procesos que se llevan a cabo desde la selección de embarazadas hasta el momento del parto. El análisis de los resultados se desarrolló a través de la comparación de los perfiles: Embarazadas que ingresan a los HEM y Mortalidad Materna, y que se definen dentro del presente trabajo de investigación. Para posteriormente dar la respuesta a la pregunta de la investigación sobre la identificación del nivel de impacto que este modelo de atención tiene sobre la reducción de la mortalidad materna y perinatal en El Salvador.

Y finalmente en el tercer y último capítulo, se realizó la identificación de las mejores prácticas, así como de las lecciones aprendidas entre los Hogares de Espera Materna que servirán de insumo para el diseño de propuestas de fortalecimiento de las políticas públicas en lo referente a la economía del cuidado en El Salvador.

1. Capítulo I: Aspectos teóricos-conceptuales sobre la economía del cuidado.

El presente capítulo tiene como objetivo presentar un marco teórico y conceptual que permita interpretar la capacidad de la economía del cuidado como una alternativa económica post-neoliberal frente al neoliberalismo dominante.

Para lograr este objetivo el capítulo se ha estructurado en cuatro apartados. En el primer apartado se muestra de manera crítica la racionalidad y funcionamiento del Capitalismo y su etapa neoliberal, así como los efectos de esa lógica en el ciclo de la vida. En el segundo apartado se expone cómo el capitalismo, como sistema de producción hegemónico, ha influenciado las nuevas ideas de desarrollo debido a sus efectos nocivos, resaltando alternativas post-neoliberales. En el tercer apartado se hace una breve presentación del enfoque post-neoliberal de la economía del cuidado, mostrando sus diversas definiciones y planteamientos de desarrollo, poniendo por hecho que el embarazo es el fenómeno crucial, ya que es la realización del proceso reproductivo a nivel de especie. Y finalmente en la cuarta parte del capítulo se plantea como la economía actual amenaza al ciclo de la vida.

1.1- Neoliberalismo 2.0, una propuesta sin enfoque de cuidado.

El neoliberalismo que tiene su base en la teoría neoclásica, adolece o manifiesta una visión restringida de la economía; donde el problema se centra ya no en el ámbito de la producción –como se planteaba desde el pensamiento clásico-, sino en la elección racional; representando también un desplazamiento radical desde la teoría del valor basado en el trabajo, a una teoría del valor basada en la utilidad. (Universidad autónoma de Barcelona, 2004)

Los modelos planteados desde la teoría neoclásica son a históricos y con ausencia de relaciones sociales, según estos los individuos persiguen su propio interés basándose en gustos y preferencias, siempre con diversos factores que restringen esas preferencias; pero ignoran el hecho que estas restricciones también son exógenas y ajenas al ámbito económico (Carrasco, 2006). Desde la perspectiva neoclásica el Estado o participación pública resulta indeseada, salvo en ocasiones específicas cuando este juega un papel relevante para mantener el status quo.

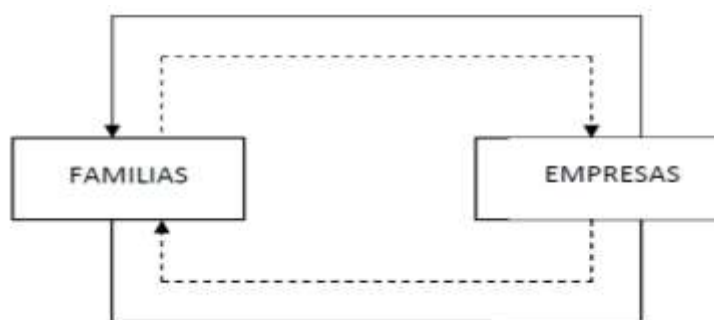
Algo que vale la pena destacar dentro de estas corrientes económicas, es que no existe un rol claramente definido para las mujeres dentro del que hacer económico, en ninguna de las fases ni esferas que este abarca, es decir, que ellas no cuentan con ningún tipo de participación como agentes definatorios dentro de las fases productivas, quedando relegadas a la dependencia de los hombres, volviendo su participación dentro de la economía una participación “improductiva” pero a todas luces necesaria para la vida mientras que para el sistema y modelo dominantes resultan únicamente en posturas poco racionales para el común denominador de la teoría neoliberal capitalista.(Cayapa, 2010)

Las formas de economía que tienen su base en la teoría neoclásica han recibido diversas críticas de múltiples escuelas, siendo una de las más relevantes la que se realiza por parte de la Economía Feminista y sus críticas dirigidas al individuo racional como agente representante, mismo individuo que se encuentra presente como base de los modelos y enfoques neoliberales. Este “homo economicus” es un hombre blanco, heterosexual, competitivo y que busca dominar, explotar o superar a otros y a la tierra misma; asimismo excluye a mujeres, gente de color e inmigrantes. Está enfocado en actividades económicas basadas en el mercado, es consumidor y su meta es el dinero mediante la maximización de las ganancias y minimización de costos. (Cayapa, 2010)

De acuerdo a Carrasco (2006), el “homo economicus” crece totalmente formado y con sus preferencias desarrolladas. Es autónomo y egoísta, no tiene niñez ni se hace viejo, no depende de nadie, ni se hace responsable de nadie más que de sí mismo. El medio no le afecta, participa en la sociedad sin que esta lo influya, es decir, interactúa en un mercado ideal donde los precios son su única forma de comunicación, sin manifestar relaciones emocionales con otras personas.

Desde el planteamiento neoliberal este “homo economicus” actúa dentro de un circuito económico que se puede ver de forma simple. Desde el marco teórico de la economía feminista este circuito es llamado flujo circular cooperativo simple como se observa en esquema 1.

Esquema 1: Flujo Circular Cooperativo Simple.



Fuente: Picchio (2001)

Aquí se llevan las relaciones de intercambio, donde las familias (productoras de trabajo) entregan trabajo y a cambio obtienen mercancías; las empresas (productoras de mercancías) entregan dinero a cambio de trabajo y las familias usan este dinero para comprar las mercancías que producen las empresas (Picchio, 2001). El flujo se reproduce de manera simple y continua (no aumenta ni disminuye). Ambas instituciones (familias y empresas) disponen al final de cada ciclo de los recursos necesarios para reanudar el desarrollo de su función.

Dentro de este flujo se excluye al Estado, esto se debe a la ausencia de ajustes reales entre ambos procesos, de producción de mercancías y reproducción social de la población trabajadora (Picchio, 2001). En la parte superior, se reproduce el tradicional flujo circular de cooperación, que disminuye el flujo monetario y real de producción y distribución en la esfera mercantil.

Ahora bien, el neoliberalismo al convertirse en el pensamiento económico hegemónico en la década de los ochenta, asumió como el modelo explicativo de funcionamiento de la economía, este flujo circular simple. Es decir, un marco analítico en donde el Estado no debe de existir y en donde las relaciones económicas fundamentales deben estar basadas en la libre negociación y contratación entre empresas y familias.

Como se observa, esta visión no contempla lo que sucede al interior de los hogares. Las familias deben resolver el desajuste, ya que se supone una igualdad entre familias y empresas, por medio del postulado de la maximización de la utilidad, presuponiendo entonces mecanismos espontáneos y automáticos, que dejan a la suerte los salarios, las condiciones de vida, las costumbres y las decisiones en materia reproductiva, lo cual es una simplificación en su máxima expresión.

El enfoque neoliberal permeó al mundo a partir de lo que se conoció como el consenso de Washington, que se presentó la única propuesta de pensamiento económico, imponiéndose como pensamiento hegemónico.

El consenso de Washington promovió la reducción del Estado en su papel de mediador dentro del juego económico, dejando libre accionar a las empresas y capitales foráneos que según los organismos internacionales, en virtud de sus objetivos harán todo lo que este a su alcance para reafirmar el proceso de producción e incentivar la economía de los países en vías de desarrollo. (Gómez Montoya, 2015)

A pesar de las demostradas falencias del modelo neoliberal y de la teoría neoclásica como aproximaciones que permitan entender la realidad, y ser útiles así para resolver los problemas de la actualidad, el enfoque neoliberal insiste en volver a partir del modelo del flujo simple, la centralidad de los mercados y el debilitamiento del Estado, es decir, la no existencia del Estado sino solo los individuos relacionándose entre sí hasta llegar al equilibrio; es aquí donde se reviste la teoría neoclásica en su máxima expresión.

El neoliberalismo en su nueva versión 2.0, en los últimos años, recurre a políticas de austeridad fiscal, que conllevan una serie de medidas y normativas de riguroso control sobre los mecanismos de ajuste de la política monetaria que a su vez son limitados por políticas foráneas impuestas por organismos intermediarios que abogan a favor de intereses meramente económicos, y que únicamente terminan restringiendo y reduciendo aún más las herramientas con que un país cuenta para dejar margen al desarrollo de su territorio tanto en lo económico como social; esto ya que dichas políticas no están diseñadas para solventar las necesidades de desarrollo de los países atrasados, sino para asegurar una cuota de liquidez, que asegure la cancelación de las responsabilidades financieras en términos de saldo de deuda externa de los países subdesarrollados para con los países desarrollados. (Ostry, Loungani, & Furceri, 2016)

En ocasiones se utiliza al Estado como negocio o medio para corromper y deteriorar el flujo. Desde aquí se puede plantear que el neoliberalismo profundiza la visión que hace abstracción de los cuidados y de las necesidades vitales, invisibilizando el trabajo reproductivo de la vida. Es un contrato excluyente, individualista, jerarquizador, conflictivo y más importante es destructivo. Por tanto, se necesita un nuevo pacto social que ponga la vida, la sostenibilidad y su reproducción de manera ampliada y en el centro de la organización económica-social. Es decir, la economía debería de cambiar su sentido

trascendiendo a un estadio post neoliberal, hacia un capitalismo que funcione en pro de la vida y por ende en pro de la reproducción de la especie humana, facilitando en el camino la reproducción de cualquier otro organismo, dotando así a la teoría económica de un mayor sentido de justicia y equidad social y que a la vez sea capaz de mantener una relación con el medio ambiente que resulte sostenible, alejándose del paradigma neoliberal de la producción masificada, irracional y ambientalmente insostenible.

1.2- Enfoque teórico Post-Neoliberal: Economía Feminista y Economía del Cuidado.

Existen pensamientos económicos alternativos, dentro de los cuales el más crítico es la economía feminista, que intenta transformar los esquemas androcéntricos de la dinámica económica y sus implicaciones para la vida de las mujeres (Rodríguez, 2015). Pero el elemento definitorio de esta alternativa, es que amplía la noción de la economía, sacando a la luz este lado oculto, que constituye la Economía del Cuidado (concepto que se fundamenta al ámbito de reproducción social, al cuidado de personas y sus capacidades para el trabajo).

La economía feminista pretende al menos dos objetivos al esbozar la economía del cuidado: primero, visibilizar el rol sistémico del trabajo de cuidado en la dinámica económica en el marco de las sociedades capitalistas, y segundo, dar cuenta de las implicaciones en la manera en que se organiza el cuidado y tiene para la vida económica de las mujeres. Por ello, el trabajo de cuidado cumple una función esencial en las economías: la reproducción de la fuerza de trabajo.

Ahora bien, la noción de “economía del cuidado” ha contribuido a actualizar el debate feminista sobre las formas de organización de la reproducción social y a reconocer el trabajo de la reproducción social no remunerada (Rodríguez, 2015); se trata de un trabajo que tiene características fundamentales para mantener las condiciones de sostenibilidad del sistema en su conjunto y por tanto es uno de los grandes agregados del sistema económico. Es decir, el cuidado de la vida cotidiana implica alimentación, higiene del hábitat, atención especial y frecuente de niños/as y otros dependientes, enfermos o no, prevención de la salud, compañía y afecto. También implica la protección, restauración y conservación del medio ambiente.

El enfoque de la economía feminista, permite pasar de un flujo circular de cooperación simple a un flujo circular extendido o ampliado, el cual permite visibilizar la complejidad de

los procesos económicos y sociales, resaltando la importancia de la economía del cuidado dentro de los mismos.

Una vez establecido esto, se plantea un flujo circular de mercado más complejo y ampliado.

La visión de la economía feminista en cuanto al flujo circular extendido o ampliado, expande los aspectos cuantitativos del trabajo de producción no remunerado y permite sumarlo a la renta monetaria para definir el nivel de vida en términos de los bienes y servicios. Ampliando los niveles de vida en forma de bienestar, así como los aspectos cualitativos del trabajo de reproducción social, en especial en el trabajo de cuidado de las personas; esto implica un cambio de paradigma en el que el bienestar de las personas se ve en términos de calidad de vida (Corasio, 2012).

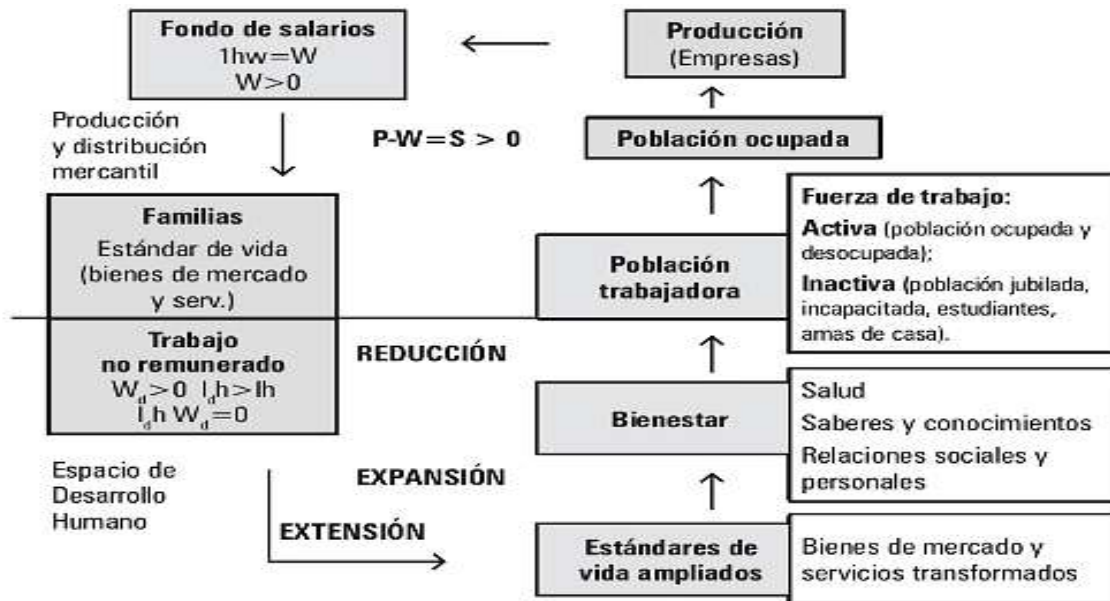
El trabajo de reproducción social, además de verlo como el cuidado de las personas, debe ver el cuidado de la naturaleza, dejando de lado el enfoque antropocentrista (centrado en la especie humana). Poniendo al descubierto el carácter irreal y poco racional del modelo de Flujo circular simple que muestra una visión simplista de la relación de dependencia circular entre las familias y las empresas.

Podemos ver que al “ampliar” el circuito, los intercambios mercantiles son solo una parte de la economía. Más allá de la producción y distribución mercantil se encuentra un espacio del “desarrollo humano”, o del desarrollo sustentable, en el que además del humano, también la naturaleza es protegida y cuidada; y se centra en mantener y extender los estándares de vida. (Sanchis, 2011).

Es decir, las familias poseen ingresos monetarios para adquirir bienes y servicios de mercado, pero también cuentan con trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, que permite “extender” los ingresos monetarios y expandir el bienestar a través del desarrollo de dimensiones que no son materiales, es decir, aquellos relacionados con los afectos y las relaciones sociales (Sanchis, 2011).

En fin, las familias dejan de ser solo consumidoras, para ser también productoras y reguladoras del tamaño y calidad de la población trabajadora, sosteniendo cotidianamente la fuerza de trabajo (permitiendo, cada día, alimentarse, estar sanos y vestidos para sus empleos) actuando de “amortiguador” ante las diferentes coyunturas del mercado de trabajo. Además, el cuidado de la naturaleza, garantizaría ese bienestar, al no ver la naturaleza con una visión mercantilista e incorporarla en el flujo.

Esquema 2: Flujo Circular Extendido



Fuente: Picchio (2001)

En la parte superior del diagrama se incluye tanto la transformación de los bienes y servicios en bienestar efectivo que permita a las personas reproducirse, así como la administración de la fuerza de trabajo que determina aquella disponible para el mercado (Rodríguez, 2015).

En la parte inferior del diagrama, en la cual, a la esfera del intercambio mercantil, se le agrega la esfera de la reproducción. Lo primero que puede verse allí es la inclusión del trabajo no remunerado. Este abarca todas las actividades que realizan los hogares y que garantizan la reproducción de sus miembros. Esto incluye el trabajo específico de cuidado, así como el trabajo doméstico (Rodríguez, 2015).

Una vez que los hogares han adquirido en el espacio de intercambio mercantil los bienes y servicios que requieren para satisfacer sus necesidades sin agotarlos, se transforman en consumo efectivo y responsable. Por tanto, cuando a los bienes y servicios se adicionan al trabajo no remunerado, se consigue la “ampliación” de este consumo a mejoras de los estándares de vida ampliados.

Pero dentro de este flujo ampliado y extendido falta incorporar lo que ocurre en la familia y lo que ocurre con el Estado, se necesita observar los cuidados que el Estado y las empresas deberían proporcionar para brindar a la población las condiciones de vida plena y digna. Además de redefinir al sujeto económico a uno más universal y real. Es decir, si

se quiere un enfoque alternativo al neoliberalismo, que no sea tan simplificador de la realidad y que nos dé cuenta de problemáticas como la situación salud de las mujeres en edad reproductiva, se debe ampliar aún más estos conceptos.

1.3- Embarazo y la Maternidad en Flujo circular extendido y ampliado.

Una vez establecido el flujo circular ampliado y extendido, podemos volver nuestro análisis al pensamiento estricto del Homo Economicus. El Hombre Económico se caracteriza por ser un semblante universal de la especie humana, con envolturas de ser varón, blanco, adulto, heterosexual y sano (planteado en punto 1.1). Este hombre no es negro, ni latino, ni inmigrante, ni niño, ni discapacitado, ni mayor, y por supuesto, no es mujer.

Esta mirada androcéntrica y antropocéntrica, es decir, centrada en el humano, también falla en incorporar la dimensión de discriminación propia de las relaciones sociales (entre ellas las de género) y a la naturaleza, que realmente abarcan las relaciones económicas, brinda por tanto una representación irreal del mundo, e irrelevante para cualquier acción de política pública.

Pero más en concreto, ninguna de las teorías económicas actuales ha incluido los procesos biológicos del ser humano como parte de la iniciación de la vida dentro de los procesos económicos. Asimismo, ningún tipo de economía reconoce el hecho de que, si bien es cierto, el excedente que se le paga al trabajador dentro del flujo le asegura sus condiciones de vida y la de su familia; pero no se explica cuáles son estas condiciones, ni que tanto se expanden a partir del centro que es el trabajador.

Es decir, ningún tipo de economía se enfoca en los ciclos vitales del ser humano, pero si se enfocan en el proceso de reproducción, aunque constituye algo demasiado amplio y general, como para que se pueda llegar a la conclusión de cuáles son los procesos más importantes y claves.

Así como en los proyectos, existe algo llamado “ruta crítica”, que es aquella que no se puede ver afectada, ya que no constituye tiempo de holgura, es decir si se atrasa en la ruta crítica, el proyecto fracasa.

Viendo lo anterior como parte de la continuidad de la vida, la ruta crítica del ser humano son todos aquellos procesos que le permiten mantenerse con vida. Y, por tanto, si el

embarazo es un evento que posibilita el riesgo de muerte para una mujer, está dentro de la ruta crítica del ciclo vital. Este no plantea o no visualiza a la mujer embarazada y la maternidad como parte primordial e indispensable del ciclo de la vida. Por ello se debe situar dentro del flujo circular ampliado y extendido (planteado en el punto 1.2) esta parte vital del ciclo. Es decir, sin formas de reproducción de la vida humana no conllevaría y mucho menos se plantearía un “Homo Economicus” como lo describe el pensamiento neoclásico.

Pues para mantener y preservar en buenas condiciones a la mujer y en especial a la mujer embarazada, las empresas y el Estado deben reconocer esta etapa como parte primordial del ciclo vital. Y, por tanto, proveer servicios de salud integrales a lo largo del ciclo y en especial de las mujeres que se encuentran expuestas a gran cantidad de desigualdades que ponen en peligro la reproducción y por tanto la vida misma.

En conclusión, la propuesta, de la economía feminista sobre el flujo circular expandido y extendido, aun incluyendo el cuidado, sigue siendo muy plano. En la realidad el cuidado no solo es para la trabajadora doméstica que se encarga del proceso de producción, ni para la intelectual que se está en la empresa; más bien es un flujo multidimensional en el cual se concentran los procesos económicos y reproductivos del ciclo vital.

1.4- Las amenazas del ciclo de la vida durante el embarazo

Ahora bien, el enfoque neoliberal y las políticas públicas neoliberales, han dado paso al debilitamiento del Estado con programas que incluyen desde políticas de austeridad fiscal hasta el caso particular de la eliminación en su totalidad de la política monetaria ya que con la implementación del dólar como moneda de curso legal se perdió completamente la autonomía en ese aspecto, naturalmente esto ha tenido su impacto al incrementar los niveles de endeudamiento y desmantelar el Estado de bienestar que pretendía implementarse como programa de gobierno.

Esto ha generado la precariedad en el desarrollo social y en los servicios públicos indispensables, como la educación sexual y reproductiva, además de no contar con cobertura completa de centros de salud que atiendan las necesidades básicas del embarazo, desde el control ginecológico, el momento del parto y posterior a este, siendo esta la principal amenaza para las mujeres embarazadas.

No solo eso, si no también, es insostenible desde la perspectiva ecológica, lo que profundiza las condiciones de pobreza o "atraso" ya que se reducen los medios de vida disponibles para la gente. También con el cambio climático, el cual coacciona con la escases de los recursos naturales indispensables para la sobrevivencia humana (agua, alimentos y la tierra misma) ante esta y otras amenazas como lo son la pobreza en sus múltiples dimensiones, la brecha de desigualdad y la falta de equidad laboral y de género, el estado tiene que tomar decisiones que sean eficaces para el cuidado las personas a lo largo del ciclo de la vida.

Por lo tanto, al verse amenazado este ciclo con los preceptos neoliberales, y dado el rol minimizado del Estado en la economía, limita los recursos lo cual redundando en la desprotección de las mujeres y algunas veces al cuidado de ONG'S y de organizaciones de mujeres. Pero al ser el embarazo una etapa crucial, pues es donde se inicia el ciclo de vida, se convierte en un fenómeno crucial en el proceso reproductivo y el desarrollo de la sociedad. El papel del Estado y las empresas deben ser proveedores de servicios de cuidado; y el Estado un agente regulador del funcionamiento de las esferas de la economía (llámese esferas, los hogares, la comunidad, el mercado).

Debe de garantizar con carácter básico e irrenunciable, la asignación de fondos suficientes para mantener y desarrollar la sanidad, la educación de los diferentes servicios sociales necesarios, frente a otros servicios o áreas que no contribuyan en nada a mejorar la vida social (SOCIAL, 2012).

2- Capitulo II: Hogares de Espera Materna de FOSALUD

El presente capítulo tiene como objetivo caracterizar el modelo de atención de la estrategia de Hogares de Espera Materna, que permite identificar y clasificar los procesos que se llevan a cabo dentro de esta. Y además, identificar el impacto del modelo de atención sobre la reducción de la mortalidad materna en El Salvador.

Para lograr este objetivo el capítulo se ha estructurado en tres apartados. En el primer apartado se brinda una contextualización del mundo y de El Salvador sobre los embarazos, la maternidad y la mortalidad materna; además de contar con información estadística para ilustrar mejor la situación de la mujer en este ciclo de vida. En el segundo apartado se documenta la historia de los Hogares de Espera Materna como estrategia de política pública; poniendo de relieve su impacto en el mundo y en El Salvador. En el tercer apartado se realizan los aspectos metodológicos, para luego presentar la sistematización del modelo de atención de la estrategia de los Hogares de Espera Materna de El Salvador, que permite identificar y clasificar los procesos que se llevan a cabo desde la selección de embarazadas hasta el momento del parto. Y luego se observa un análisis de los resultados del modelo de atención y el impacto sobre la reducción de la mortalidad materna en El Salvador.

2.1-Acercamiento al contexto del embarazo, la maternidad y mortalidad materna en el mundo y en El Salvador

Como ya se planteó en el capítulo 1, el embarazo y la maternidad son parte fundamental del ciclo de vida del ser humano, siendo la principal fuente para el desarrollo de la especie, la economía y la sociedad. Por tanto, es esencial erradicar la amenaza más grande, siendo esta la mortalidad materna.

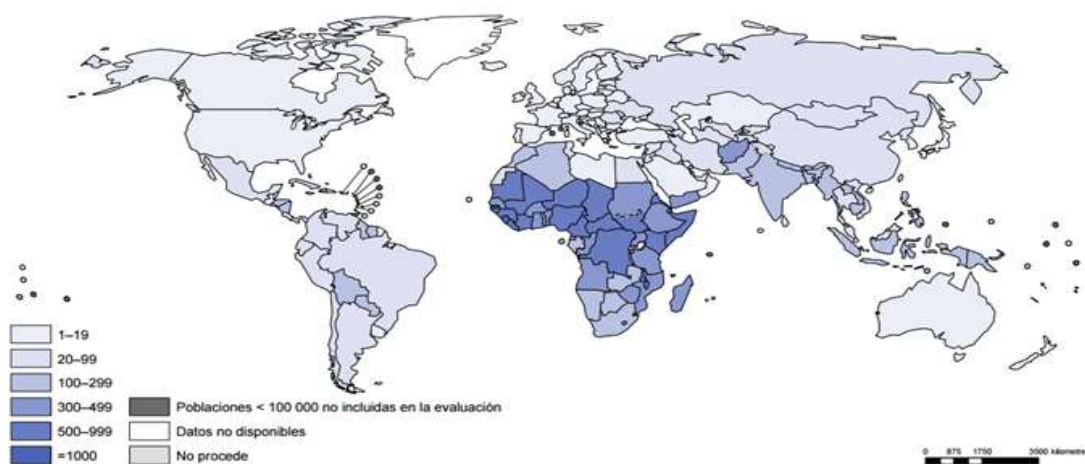
La mortalidad materna se entiende como el deceso de una mujer durante el tiempo del embarazo, parto o después del nacimiento, con un tiempo determinado de 6 semanas de vida del feto. (Menendez & Lucas, 2015)

Esta situación se vive en todas partes del mundo, solo en 2005 murieron 536,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto a nivel mundial. Siendo los países en vías de desarrollo los más afectados por este mal, a causa de la debilidad del sector salud y de los ingresos bajos y medianos que tiene la población en estos países. (OMS, 2015).

Según las estimaciones presentadas en las sinopsis de la Evolución de la Mortalidad Materna: 1900-2015, indica que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial disminuyó cerca de un 44% en los últimos 25 años, de igual forma el riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180 (OMS, 2015).

En el informe de Mortalidad Materna presentado por La Organización Mundial de La Salud (OMS) en el año 2016, se estima que más de un tercio de las muertes maternas mundiales de 2015, se produjeron en Nigeria con 58,000 (19%) y la India con 45,000 (15%). Luego se puede mencionar a Sierra Leona, la cual tiene la mayor RMM estimada: 1360 (999 a 1980) por 100,000 nacidos vivos, contando con un riesgo de muerte de 1 por 17 nacidos vivos (OMS, 2015)

**Mapa 1: Razón de mortalidad materna en el mundo
(RMM, muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos).**



Fuente: OMS (2015)

En el caso de América Latina y el Caribe, la mortalidad se contrajo en un 40% entre 1990-2013, siendo el promedio mundial de 45%, y se situaba por debajo de la meta del 75%, según datos fijado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), teniendo como razón de mortalidad materna en la región un aproximado de 85 muertes por cada 100,000

nacidos vivos, por lo cual se considera baja entre las regiones en desarrollo. (Salud O. P., 2014)

Tabla 1: Índice de Mortalidad en América en 2015. (RMM, muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos)

Clasificación	País	RMM, muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos
<i>Países con Mortalidad Materna alta</i>	Haití	380
	Guyana	250
	Bolivia	200
	Guatemala	140
	Surinam	130
<i>Países con Mortalidad Materna baja</i>	Canadá	11
	Uruguay	12
	Chile	22
	Estados Unidos	28
	Bahamas	37

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la OMS (2015).

La mayor razón de mortalidad materna, se encuentran en el Caribe Latino, que son casi 3 veces mayores que en Centroamérica. En América Latina se calcula una RMM de 190 por 100,000 nacidos vivos. Siendo el embarazo y el parto las mayores causas por las que mueren las mujeres en esta región (MINSAL, 2011).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la temprana y más importante reducción de la mortalidad se da en donde los servicios de salud están mejor organizados y accesibles, como la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de salud materna de calidad.

La mayoría de las muertes tienen que ver con complicaciones obstétricas como: las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos.

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte materna a nivel mundial, no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino pueden ser infecciones agravadas por el embarazo y el parto.

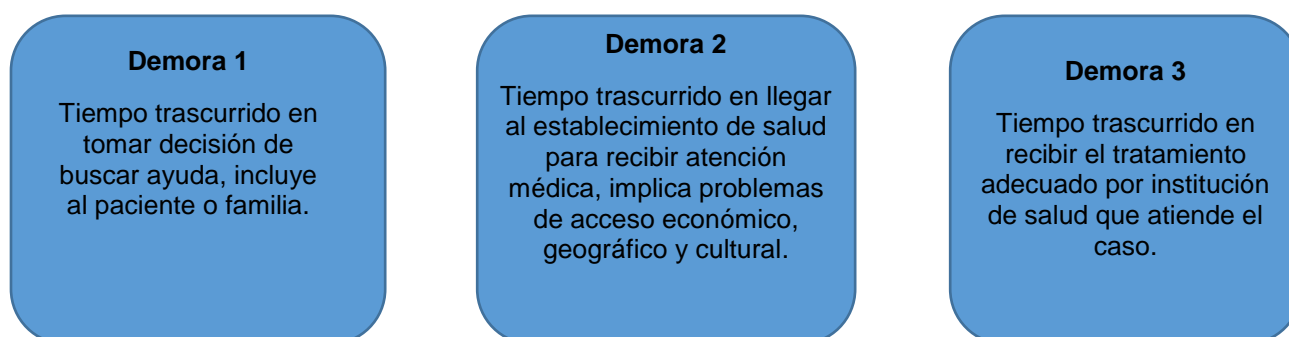
A pesar de que, si se tiene datos favorables sobre la disminución de la mortalidad materna, se mantiene una desigualdad en salud materna entre países. La razón de mortalidad materna (RMM) en regiones en desarrollo es 15 veces más alta que en las regiones desarrolladas. Las regiones que cuentan con la mayor carga de muerte maternas en el mundo se producen 640 muertos por cada 100,000 nacidos vivos (África Subsahariana) y 280 muertos por cada 100,000 nacidos vivos (Sur de Asia).

Lo contrario en los países con índices de renta alta en los cuales únicamente se genera entre 7 y 15 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Por lo tanto, se puede mencionar que son los segmentos más ricos de las sociedades en los países de renta media y baja los que han visto mejores resultados con relación a la reducción de muertes evitables de madres y recién nacidos. (Menéndez y Lucas, 2015).

En el caso específico de El Salvador el riesgo de morir a causa del embarazo es de 1 en 65. Las principales causas de muerte materna y neonatal son: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), hemorragia obstétrica, infecciones en las madres.

Pero además ocurre la teoría de las 3 demoras:

Esquema 3: Demoras que causan muerte materna y perinatal.

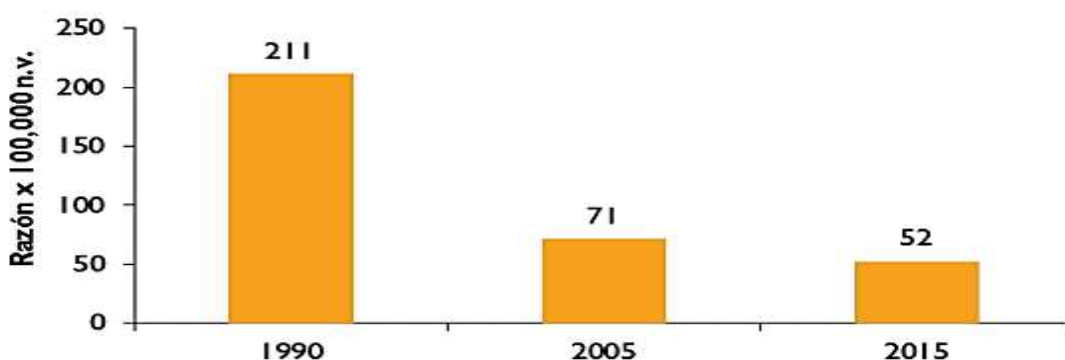


Fuente: Elaboración propia con base en los datos del plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal. 2011

La tasa de mortalidad materna se ha reducido de 56 por 100,000 nacidos vivos en el 2009, hasta 42.3 por 1000,000 nacidos vivos en 2016. (MINSAL, 2016). Según la base de

datos proporcionados por el Banco Mundial de la tasa de mortalidad materna, indica que de 1990-2015 la reducción fue de 65.60%. Por tanto, al comparar la media de Latinoamérica (65 por cada 100,000 nacidos vivos), El Salvador se encuentra debajo de ella, siendo claramente una mejora en los servicios de salud desde 1990 a 2015. Pero, si bien es cierto la muerte materna ha disminuido, los embarazos en adolescentes han incrementado y el uso de anticonceptivos se ha estancado, creciendo a un ritmo más lento que la década pasada.

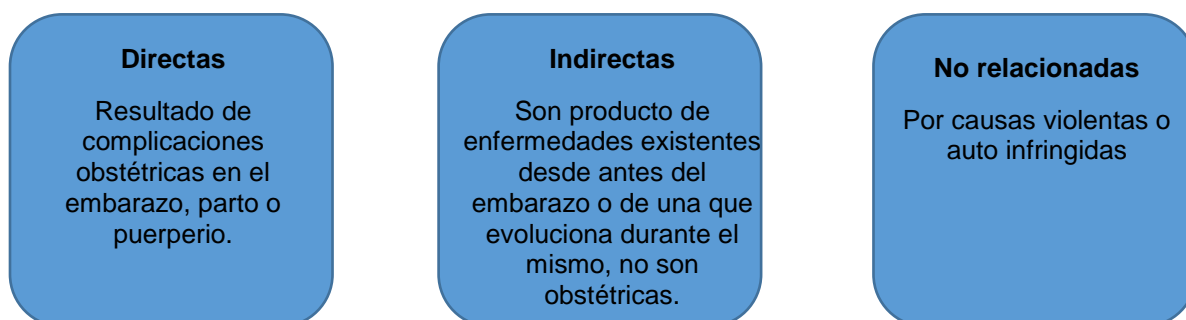
Gráfico 1: Tendencias de la razón de mortalidad materna en El Salvador 1990-2015.
(RMM, Muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



Fuente: Análisis de MM en diferentes periodos en El Salvador. (1990: Razón de MM institucional, se le han sumado 42% de subregistro; 2005: LBMM; 2005: muertes oficiales y denominador DIGESTYC; 2015: meta para ODM5) Ministerio de Salud.

Las muertes maternas relacionadas al embarazo y el parto constituyen la principal mortalidad de niñas entre 15 y 19 años. De acuerdo al MINSAL en 2009 se registraron 20 muertes en adolescentes por causas obstétricas. Estas muertes están clasificadas en:

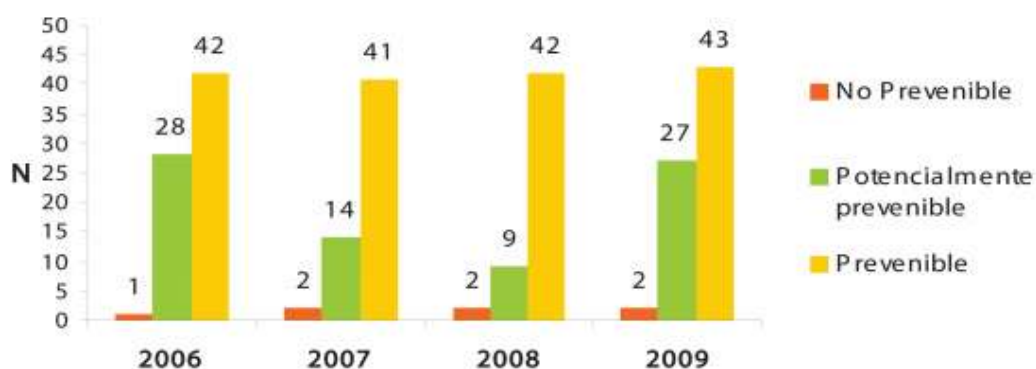
Esquema 4: Clasificación de las muertes maternas



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal. 2011

Las muertes directas son prevenibles y están relacionadas con la falla de atención prenatal y por deficiencias de recursos humanos e infraestructura para la atención. En el 2009 según la causa básica de muerte, las muertes directas representaron el 58.5% del total de muertes para ese año. Las muertes indirectas representaron el 29% y las no relacionadas el 12%.

Gráfico 2: Muertes maternas según grado de prevención en El Salvador 2006-2009. (RMM, muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos).



Fuente: Estudio LBMM 2005-2006, Unidad de Epidemiología, Unidad de Información y Unidad de la Mujer, Años 2007 al 2009.

La organización Mundial de la Salud y UNICEF, así como otros organismos internacionales, coinciden en señalar que los programas de salud sexual y salud reproductiva, son imprescindibles para disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Por tanto, es obligación de los Estados de garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el puerperio. (CEDAW, 1979). Es decir, la mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer, vulneraciones de principios básicos como el derecho a la vida y el acceso a la información de calidad y al máximo nivel posible la salud. Para hacer frente a este problema se requiere de estrategias específicas para la atención de las mujeres desde su más temprana edad y el compromiso comunitario, familias y de los servicios de salud en pro de una maternidad segura y de un garantizar un ciclo de vida digno y pleno.

2.1.1- Objetivos de Desarrollo del Milenio, Objetivos de Desarrollo Sostenible y Consenso de Montevideo.

Los objetivos de Desarrollo del Milenio, fueron fijados en el año 2000, por los 189 países miembros de las Naciones Unidas, teniendo como objetivo la trata de problemas graves en la vida cotidiana, siendo 8 objetivos y sus respectivas metas como un esfuerzo para mejorar el desarrollo de los países. (PNUD, 2017)

Dos objetivos que son de interés, son el **ODM4** sobre la reducción la mortalidad infantil en dos partes entre 1990 y 2015, y el **ODM5** sobre la mejora de la salud materna mediante la reducción de la mortalidad materna entre 1990 y 2015, el acceso universal a la salud reproductiva y el aumento de partos con asistencia de Personal Sanitario Especializado.

Según datos de la OMS (2015), las defunciones maternas en el mundo tuvieron una reducción desde 532,000 en 1990, en un aproximado de 303,000 en el año 2015, por lo cual se ha descendido hasta una tasa de mortalidad materna del orden de 216 defunciones materna por cada 100,000 nacidos vivos, frente a 385 en el 1990.

Para el año 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio llegaron a su fin y se crean según World Vision (2015), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos son un conjunto de 17 objetivos y 169 metas con el fin de resolver los diversos problemas sociales, económicos y ambientales con los cuales cuenta el mundo, siendo estos los que entraría en sustitución de los ODM.

Los ODS están programados para cubrir los próximos 15 años (2015-2030), por decisión de los gobiernos que participaron en la conferencia realizada en Rio, sobre el desarrollo sostenible en Brasil en el año 2012. Siendo idea y trabajo para los representantes de 70 países los cuales redactaron el conjunto de metas a cumplir.

Los 17 objetivos se basan en lo logrado por los ODM, aunque incluyendo nuevas categorías dentro de las cuales cabe mencionar la desigualdad económica, tema que fue de crítica a los ODM, el consumo sostenible, la paz y la justicia para todos. Son algunas de las prioridades que tienen los ODS, los cuales están interrelacionado unos con otros, con el fin de mejorar la vida para generaciones futuras; y para esto buscan proporcionar metas claras para enfrentar los desafíos ambientales del mundo de manera general (PNUD, 2017).

Un objetivo de interés es el **ODS3**, el cual busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas. Su meta es buscar reducir la tasa mundial de mortalidad materna, a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. De igual forma poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos. Además de poner diversas soluciones a los problemas de salud en el mundo en los próximos 15 años, esperando tener mejores resultados que los ODM en 2030. (PNUD, 2017).

Pero además para Latinoamérica se encuentra el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2014). Este contiene medidas en ocho temas prioritarios identificados en la agenda regional, para darle seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994.

Este consenso constituye la base de un pilotaje integral y actualizado del futuro de la acción regional, además de ser un eje de desarrollo sostenible para la superación de las desigualdades en el marco de los derechos humanos.

Adentro de la guía operacional para la Implementación y Seguimiento del Consenso de Montevideo, El Salvador tomo el tema D: Permitir el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva. En este tema se reconocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad; sin discriminación alguna y de forma segura, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad.

Otro punto importante de este tema, es la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes; y asegurar la información completa sobre la salud sexual y salud reproductiva de calidad; en particular la atención a personas en condiciones de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas. Promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.

De dicho Conceso se destaca la medida prioritaria 40, la cual habla sobre la eliminación de las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva; medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan educación en ambos temas, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces, y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado.

Pero no solo incluye a las mujeres, sino también promover programas de prevención y autocuidado en salud sexual y salud reproductiva en hombres.

Otra medida importante es la 42, la cual habla sobre el aborto legal o despenalizado, siendo estos seguros y de calidad; e instar al estado en modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y salud de mujeres, adolescentes y niñas, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos clandestinos.

También se encuentra la medida 43; la cual habla sobre asegurar acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral de salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Y finalmente otras medidas de interés es la medida 44, dedicada a garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos.

Además, está la formulación de planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural y la mejora en la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, niños y niñas y las familias.

Asimismo se encuentra un tema muy importante, siendo este el tema E, que se dirige a la igualdad de género, dentro de este se halla la medida prioritaria 53 sobre desarrollo y fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado; que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional; que promueve la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y que faciliten el diálogo y la coordinación entre las partes involucradas.

2.2- Hogares de Espera Materna: una propuesta de política pública para disminuir la mortalidad materna

Una vez comprendidos los compromisos, los países con mayores dificultades y mayor Mortalidad Materna, toman el programa de acción para la reducción de la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, la reducción de la tasa de mortalidad

materna y el acceso a los servicios reproductivos y de salud sexual, incluyendo la planificación familiar.

Dentro de las propuestas de política pública implementadas está la estrategia de los Hogares de Espera Materna, para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

2.2.1- Hogares de Espera Materna en el mundo.

A veinte años de estos compromisos, el progreso en la reducción de la mortalidad materna ha sido insuficiente en varios países, mayoritariamente en los países en vías de desarrollo, donde una parte importante de la población vive en áreas rurales y urbanas marginales; en donde las dificultades de acceso a los servicios de maternidad son un factor contribuyente en las muertes maternas y perinatales. Y además, en estos países existe debilidad en el sector salud.

Por parte de UNICEF y de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, surge un marco de “Iniciativa para la Maternidad Segura”, con el fin de bajar la mortalidad materna en tres cuartas partes. Debido a esto se implementaron Las Casas u Hogares de Espera Materna, los cuales son establecimientos con capacidad de brindar atención a las madres gestante, es decir, madres que viven en zonas muy alejadas que no cuentan con servicios de salud para el parto. (UNICEF, 2005). Se inició oficialmente en 1987 en Nairobi, Kenia, sede de la Conferencia Internacional, la cual fue dedicada específicamente a la Salud de la mujer.

Nigeria, África Subsahariana, ha sido de los primeros países en los que se pudieron palpar los resultados de la implementación de dichas instituciones. Un resultado importante se da en la provincia Ituk Mbang por los años cincuenta, donde se logró reducir la tasa de mortalidad materna de 10 a menos de 1 por cada 1 000 partos y la tasa de mortalidad infantil de 116 a 20 por cada 1 000 nacidos vivos.

En África existen hogares maternos en Kenia, Liberia, Zaire, Etiopía, Malawi, Tanzania, Bostwana y Uganda. Los 5 últimos fueron incluidos entre los 31 estados más pobres del planeta por la Conferencia de Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados, que se celebró en la sede de la UNESCO, en París, en septiembre de 1981. (ISSN, 2007)

Otros países reportan también buenos resultados. En América Latina: Colombia con una Casa Hogar en Jamundí, cerca de Cali; Nicaragua, con hogares en Ocotal y Estelí; Brasil, en Sao Paulo y Ceará y Chile, en Puerto Mont y Traiguén; en este último lugar le llaman a la institución Centro de la Protección de la Embarazada Rural, más conocida como Casa de la Embarazada Rural y se fundó como primera en el país en 1976.

En el caso de Perú el Ministerio de Salud en el año 1997, inició la Estrategia de Casas Maternas, ante las alarmantes cifras de mortalidad materna, contando con el apoyo técnico y financiero de USAID en el Centro de Salud de Llave, lugar donde se implementó el primer Hogar de Espera Materna.

Existen 5 características de las casas hogares a nivel general, estas son:

- Se cuidan a las gestantes y las preparan para el parto hospitalario ayudando a disminuir problemas durante el embarazo y por vías de acceso, tiempo y transporte para el hospital.
- Incorporan algunas prácticas relativas al ambiente, el cual debe ser cálido y parecido al de su vivienda, y permiten que la gestante esté acompañada de su esposo o de algún familiar.
- Es un Servicio Gratuito.
- Están abiertos las 24 horas, los 365 días del año.
- Y se brinda promoción de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la gestante y a la pareja.

Como se ha podido documentar existen muchas experiencias sobre los HEM a nivel mundial, es posible observar que esta estrategia se ha implementado en lugares con una razón de mortalidad materna elevada, poco acceso a servicios de salud y con riesgo social. En la región latinoamericana, se han implementado con el objetivo de salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos, pero también con el fin de superar las barreras geográficas, económicas, culturales, entre otras. Brindando alojamiento, alimentación, vivienda, atención y promoción básica de la salud

2.2.2- Hogares de Espera Materna en El Salvador.

En El Salvador, recae sobre la estrategia de los Hogares de Espera Materna el propósito principal del ODM5 de reducir la mortalidad y morbilidad materna perinatal; el ODS3, de Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas. Y finalmente de

las medidas del consenso de Montevideo sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Los Hogares de Espera Materna (HEM), surgen en El Salvador en el año 2007 como fortalecimiento de la estrategia Plan de Parto. Estos son el resultado de un esfuerzo conjunto con la sociedad civil, en aras que las gestantes logren finalizar sin ningún inconveniente su embarazo, contando con atención de parto hospitalario.

Esta estrategia de política pública tiene como objetivo facilitar el acceso de las mujeres embarazadas al parto institucional, previniendo la morbilidad y mortalidad materna perinatal. El trabajo que se realiza está en todo momento enfocado a la atención preventiva. Y para lograr el funcionamiento óptimo de los mismos, el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente regulador en la prestación de servicios de salud, cuenta con una guía para la operativización de la estrategia de Hogares de Espera Materna. (González de Alfaro, 2014).

Los Hogares son un apoyo conjunto del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el MINSAL, gobiernos municipales, empresa privada, organizaciones comunitarias y la población residente en las zonas de intervención.

La primera experiencia surge en el Municipio de Perquín, departamento de Morazán, y haciéndose replicable a los 14 departamentos de El Salvador, contando actualmente con 21 Hogares de Espera Materna (González de Alfaro, 2014).

Tabla 2: Construcción de Hogares de Espera Materna. (Años de apertura)

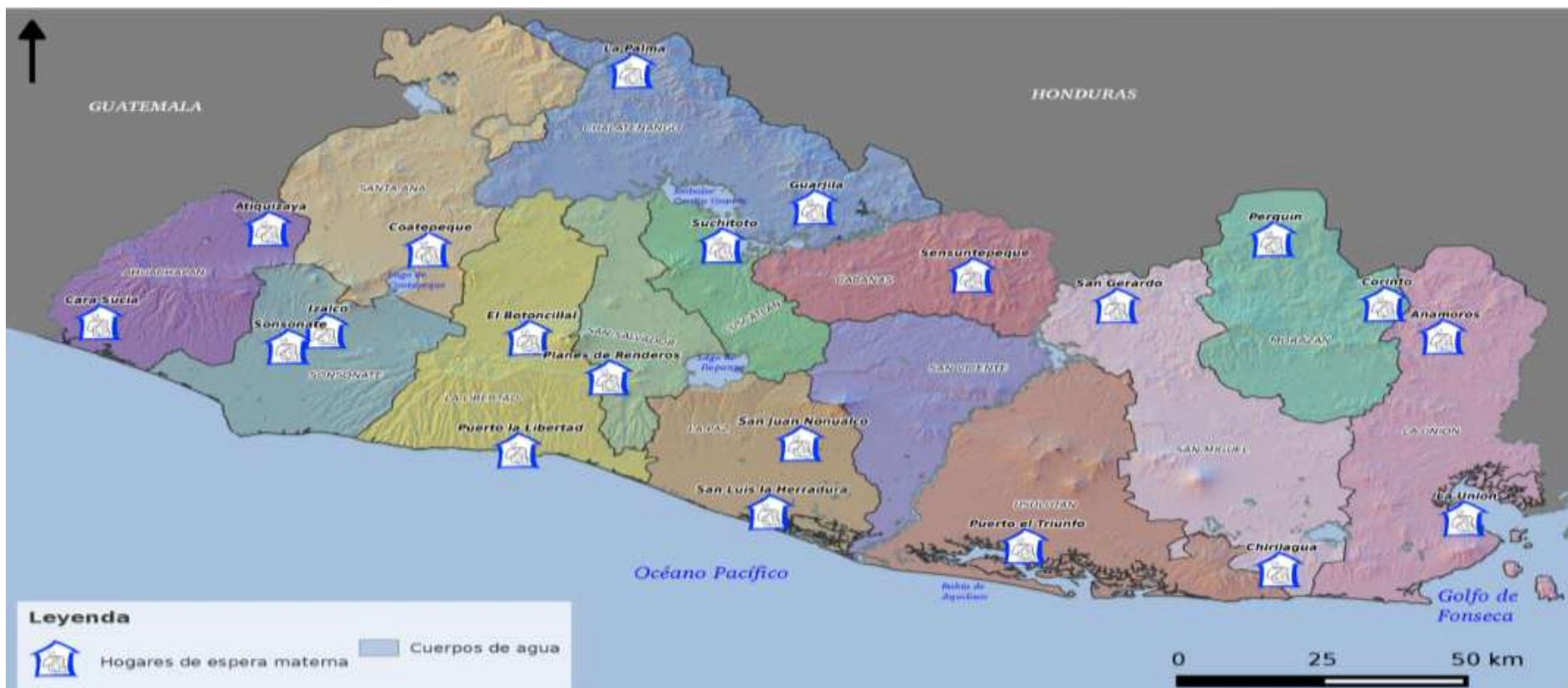
Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hogar	Perquín	La Unión	No Aperturas	San Gerardo Coatepeque La Palma San Juan la Herradura Sonsonate Cara Sucia	Anamorós	El Botoncillal	Planes de Renderos Pto. de la libertad Suchitoto	Izalco Pto. el Triunfo Guarjila Sensuntepeque Chirilagua

Fuente: Elaboración propia, con base en los Lineamientos para el funcionamiento de los HEM.

De los cuales 19 son supervisados por FOSALUD: Cara Sucia (Ahuachapán), Sonsonate (Sonsonate), Izalco (Sonsonate), Coatepeque (Santa Ana), Puerto la Libertad (La Libertad), Botoncillal (La Libertad), Planes de Renderos (San Salvador), La Palma

(Chalatenango), Guarjila (Chalatenango), Suchitoto (Cuscatlán), San Juan Nonualco (La Paz), San Luis la Herradura (La Paz), Sensuntepeque (Cabañas), Puerto el Triunfo (Usulután), San Gerardo (San Miguel), Chirilagua (San Miguel), Perquín (Morazán), La Unión (La Unión) y Anamorós (La Unión). Y 2 son supervisados por el MINSAL: Corinto (Morazán) y Atiquizaya (Ahuachapán). El siguiente Mapa muestra la distribución geográfica de los HEM:

Mapa 2: Ubicación de los Hogares de Espera Materna en El Salvador



Fuente MINSAL 2015: <http://geo.salud.gob.sv>

El FOSALUD ha contratado 75 licenciadas materno infantiles para la atención de 19 HEM. Además de ser un servicio gratuito, se encuentran abiertos las 24 horas los 365 días del año. Cada hogar es atendido por 4 licenciadas, para contribuir y facilitar el acceso a los servicios de alojamiento, alimentación gratuita y promoción básica de salud. En estos se imparten charlas sobre derechos reproductivos con un enfoque de género, a las mujeres usuarias de los HEM, que principalmente provienen del área rural y áreas geográficas de alto riesgo o que se encuentran alejadas del centro de salud.

**Tabla 3. Cobertura de atención a mujeres embarazadas en los HEM.
Enero a diciembre 2016**

HOGAR ESPERA MATERNA	Cobertura Mujeres embarazadas
ANAMOROS	46.81
CARA SUCIA	55.13
CHIRILAGUA	9.18
IZALCO	53.66
PTO. TRIUNFO	3.08
SAN GERARDO	106.25
HERRADURA	32.63
SONSONATE	77.08
SAN JUAN NONUALCO	35.71
SUCHITOTO	29.45
SENSUNTEPEQUE	30.32
GUARJILA	147.37
PERQUÍN	137.06
PUERTO LIBERTAD	89.11
LA PALMA	53.99
LA UNIÓN	59.02
COATEPEQUE	53.69
PLANES DE RENDEROS	64.35
BOTONCILLAL	33.47
Total	55.99

Fuente Elaboración propia con base en los datos proporcionados por FOSALUD, Memoria de Labores 2015-2016

En la tabla anterior se observa la cobertura meta de embarazadas esperadas para el año 2016, de acuerdo a el Área Geográfica de Influencia (AGI) de cada Hogar y el territorio que abarca.

Asimismo en la tabla número 4 se presenta un resumen de las características socio – demográficas con que cuentan los diecinueve municipios que forman parte de las regiones en las que se han implementado los Hogares.

Tabla 4: características Socio-Demográficas de los HEM

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	POBLACION URBANA	POBLACION RURAL	TOTAL	% RURAL	MAPA POBREZA FISDL*	INDICE DE DESARROLLO HUMANO	TASA GLOBAL DE FECUNDACION	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	TASA DE ALFABETISMO	% HOGARES- SERVICIOS BASICOS (AGUA POTABLE, ELECTRICIDAD Y SIN SERVICIOS SANITARIOS)
Ahuachapán	San Francisco Menéndez	12,396	30,211	42,607	71%	2	0.664	3	30	35.2	57.4
Cabañas	Sensuntepeque	15,395	24,937	40,332	62%	2	0.683	2.2	24	14.0	58.1
Chalatenango	Chalatenango	16,976	12,295	29,271	42%	1	0.731	2.9	27	30.9	62.5
Chalatenango	La Palma	2,918	9,317	12,235	76%	2	0.678	2.4	33	19.1	55.2
Cuscatlan	Suchitoto	7,654	17,132	24,786	69%	2	0.686	2.5	27	10.1	56.7
La Libertad	Colón	91,212	5,777	96,989	6%	1	0.757	2.7	29	18.4	63.1
La Libertad	Puerto La Libertad	23,103	12,894	35,997	36%	1	0.698	2.7	35	21.7	55.6
La Paz	San Juan Nonualco	7,600	9,656	17,256	56%	2	0.7	2.5	24	22.2	53.6
La Paz	San Luis La Herradura	8,719	11,686	20,405	57%	1	0.677	3.1	24	19.1	53.9
La Unión	Anamorós	1,790	12,761	14,551	88%	2	0.633	3.2	29	19.2	48.2
La Unión	La Unión	18,046	15,999	34,045	47%	1	0.724	2.4	26	25.8	58.1
Morazán	Perquín	181	2,977	3,158	94%	2	0.664	2.7	26	19.0	47.7
San Miguel	San Gerardo	984	5,002	5,986	84%	3	0.62	3.1	31	27.1	61.4
San Miguel	Chirilagua	3,107	16,877	19,984	84%	2	0.654	3.3	29	38.9	52.6
San Salvador	Panchimalco	16,164	25,096	41,260	61%	1	0.684	3.1	24	13.2	50.6
Santa Ana	Coatepeque	13,340	23,428	36,768	64%	2	0.685	3.2	26	22.4	49.6
Sonsonate	Izalco	39,786	31,173	70,959	44%	2	0.713	2.6	19	24.3	54.5
Sonsonate	Sonsonate	49,129	22,412	71,541	31%	1	0.706	2.2	26	14.4	53.9
Usulután	Puerto El Triunfo	9,601	6,983	16,584	42%	2	0.697	3.1	27	19.6	48.7

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de FOSALUD

2.3- Hogares de Espera Materna: Modelo de Atención y Resultados.

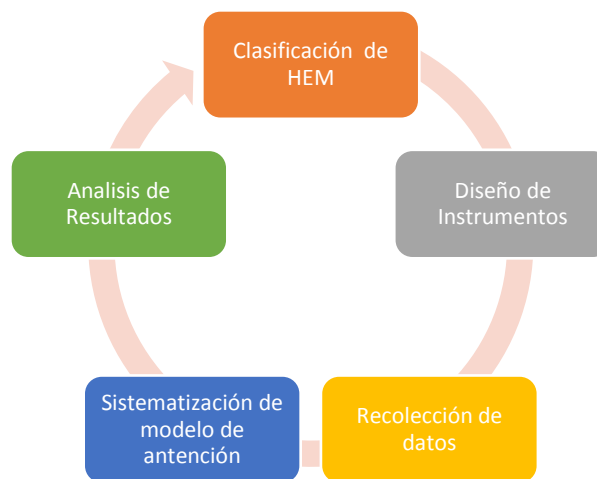
FOSALUD a través del Programa Especial “Salud de la Niñez, Adolescencia y Mujer”, está sustentando en los pilares fundamentales de la maternidad segura: atención prenatal, planificación familiar, parto limpio, seguro y cuidados obstétricos esenciales; además de buscar fortalecer, con recursos humanos especializados y sensibilizados, las estrategias definidas dentro del proyecto (Casas de Espera Materna hacia la disminución de la Mortalidad Materna y Perinatal, facilitando el parto hospitalario).

De acuerdo a esto, se presenta el modelo de atención de los Hogares de Espera Materna, para tener una amplia visión de los hogares y su funcionamiento, los actores claves que participan en esta estrategia y las beneficiarias de los servicios que este brinda. Además de fundamentar los resultados que esta estrategia tiene en la reducción de la mortalidad materna en El Salvador.

2.3.1- Aspectos metodológicos

Para llevar a cabo la sistematización y el análisis de resultados del modelo de atención de los Hogares de Espera Materna se tiene el siguiente esquema:

Esquema 5: Estrategia metodológica.



Fuente: Elaboración propia con base en la Memoria de labores 2015-2016.

El esquema está conformado por cinco grades pasos o momentos que se llevaron a cabo para obtener las conclusiones de la investigación, estos son:

1) Clasificación de los Hogares de Espera Materna.

En este primer momento y para el desarrollo de los procesos, se tipificaron los hogares de espera materna en tres, clasificándolos de acuerdo a los ingresos de usuarias con los que cuenta cada hogar, en:

- Altos ingresos: Perquín, Sonsonate, Cara Sucia y Planes de Renderos.
- Medianos ingresos: Coatepeque y Anamorós.
- Bajos ingresos: Puerto el Triunfo y San Gerardo.

Así mismo se catalogaron los hogares que cuentan con un comité de apoyo activo y otros que no, en:

- Con comité: Perquín, Sonsonate, Planes de Renderos, Coatepeque y Puerto el triunfo.
- Sin comité: Cara Sucia, Anamorós y San Gerardo.

Una vez realizada la tipificación, se realizó una pequeña fase exploratoria, una fase de planificación de actividades, de ejecución y una fase de comunicación que fue desarrollada por la coordinadora de los Hogares para realizar las visitas. (Ver anexo VII).

2) Diseño de Instrumentos

Para el desarrollo de esta fase se coordinó con actores clave para la ejecución de la investigación y así contar con el apoyo del personal de salud para la visita a los establecimientos y la convocatoria a los casos exitosos y a los comités de apoyo para la realización de los grupos focales.

Para las entrevistas, se utilizó el método de la encuesta, con la utilización de la técnica del cuestionario. Estas están conformadas por un formulario, conteniendo preguntas cerradas con dos o más alternativas de respuesta, algunas preguntas abiertas y una guía de revisión documental.

Igualmente se realizó una guía de entrevistas dirigida a las mujeres ingresadas (VER ANEXO I) en los hogares al momento de efectuar las visitas, con el fin de conocer el grado de satisfacción y percepción de las usuarias; además de una guía de entrevista a los 8 casos de éxito (VER ANEXO II) uno por cada hogar, y una guía documental de preguntas cerradas que nos ayudó a recopilar información registrada en los

establecimientos de salud sobre la implementación de la estrategia de los Hogares de Espera Materna de cada uno de los 8 establecimientos que se sometieron al estudio.

Además, se realizó otra encuesta a las 8 licenciadas materno-infantiles (VER ANEXO III), que nos proporcionó información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud materna y perinatal del personal que interviene; el perfil de las mujeres embarazadas que ingresan a los hogares y el impacto de estos servicios en la reducción de la mortalidad materna. Finalmente se realizó una encuesta de 5 preguntas para los 8 directores (VER ANEXO IV) de las Unidades de Salud de cada municipio, con el fin de conocer la situación financiera, organizativa y las posibles ramas de fortalecimiento de los Hogares de Espera Materna y si estos hogares son esenciales en el cuidado de las Embarazadas.

Se elaboró una guía de 3 preguntas abiertas para el desarrollo de los grupos focales (VER ANEXO V), dirigida a los 5 comités de apoyo, para esta fase se diseñó una encuesta para conocer las características sociales y la dinámica comunitaria; a través del análisis cualitativo de los niveles de organización, cooperación; solidaridad y confianza; entre las personas que conforman los grupos de apoyo y las instituciones presentes en los alrededores de ellas, y el nivel de impacto que tienen los comités de apoyo en el funcionamiento de los Hogares.

Los instrumentos fueron validados en una población homogénea con características similares a las seleccionadas, se les paso el formulario para identificar dificultades en la comprensión de las preguntas, así como verificar si las preguntas generaban las respuestas que se espera y que fueran congruentes con los objetivos de la investigación.

3) Recolección de datos

Para la aplicación de los instrumentos se realizaron las visitas a los HEM de acuerdo al cronograma (VER ANEXO VII) desde el 8 de Junio al 4 de Julio del 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el análisis, descripción y resultados del Modelo de Atención de los Hogares de Espera Materna, se coordinó la realización de una investigación conjunta con FOSALUD y la coordinación de los Hogares de Espera Materna, los cuales proporcionaron documentación en relación al tema, como: análisis de la reforma de salud, la guía de operativización de los hogares, boletín de indicadores del sistema de salud, Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), entre otras fuentes.

Se conceptualizó sobre las variables del nivel de calidad, la aplicación de los lineamientos de la guía de operativización, los ingresos de usuarias a los Hogares de Espera Materna y las características socio-demográficas.

4) Sistematización del modelo

En este momento se analizó la información en varios aspectos: operativos, procedimientos, actores que intervienen, monitoreo, registro, control y proceso de atención de las usuarias de los Hogares. Además de incorporar el análisis de las líneas de acción con la cual se manejan, gestionan y se efectúa la logística para garantizar el parto hospitalario y evitar la muerte materna. Todo esto con el objetivo de sistematizar el modelo de atención.

Conjuntamente con la documentación proporcionada y la información investigada, se recolectó dicho modelo, y se sistematizó con la construcción de instrumentos de registro, seguimiento, planificación y metodologías desarrollados por parte del personal de los servicios de salud, y por parte del personal de los Hogares de Espera Materna.

5) Análisis de Resultados

En este momento se realizó una investigación para evaluar el modelo de atención de los Hogares de Espera Materna, a través de un análisis cualitativo que permitió observar la calidad de la intervención de la Estrategia en la población beneficiada; así como las consecuencias generadas tales como cambios de actitudes, conocimientos y comportamientos en dichas poblaciones; relacionadas con la salud materna y la prevalencia de factores de riesgo, morbilidad y la mortalidad materna perinatal.

Luego se hizo una consulta a informes de gestión de FOSALUD de diferentes años y a los diagnósticos situacionales de los hogares; para hacer una caracterización de los hogares visitados de acuerdo a la tipificación. En esta primera parte de los resultados de la investigación, se identificó y describió el área geográfica, edades, causas de morbilidad y mortalidad materna, entre otras características propias de cada uno de los municipios donde están ubicados los hogares visitados.

Posteriormente se elaboró la caracterización de los perfiles de interés: perfil de usuarias que ingresan a los HEM y perfil de mortalidad materna; con el objetivo de luego compararlos y establecer si los Hogares de Espera Materna son un determinante en la disminución de la mortalidad en El Salvador.

La tabulación de datos se realizó atendiendo a los objetivos y se utilizó el programa Excel; con el cual se elaboró una base de datos para facilitar el manejo de los mismos. Esto permitió la construcción de tendencias, proporciones, cuadros resumen y gráficos. Para la edificación de los resultados, estos se determinaron con base en cada una de las variables analizadas individualmente a fin de visualizar la relación entre las mismas; dando respuesta al problema y a los objetivos planteados por medio de tablas de doble entrada para el vaciado de las entrevistas.

Además, se realizó el análisis de datos a través de matrices de análisis para la posterior elaboración de un consolidado. Todo este insumo sirvió de base para la interpretación de los resultados seleccionando lo pertinente a la presentación de los mismos de forma clara y sistemática. Y finalmente se plantean las conclusiones de estos resultados.

2.3.2- Modelo de atención de los Hogares de Espera Materna

A continuación se presenta el Modelo de Atención con estructuras y componentes, los perfiles de los profesionales que integran dichos establecimientos y las funciones que desarrollan. El modelo es una herramienta que aborda diferentes situaciones que emergen en el contexto de los hogares, desligando en acciones puntuales y delimitadas.

a) Antecedentes.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en junio del 2010, implementó la transformación del Sistema de Salud, basado en Atención Primaria y Salud integral. Esto es el resultado de un sistema de salud como derecho humano, que busca la equidad en salud y solidaridad social; ajustando los servicios de salud hacia la promoción y prevención.

El Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el MSPAS se organiza; en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño. Además de brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas; con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la gestión transparente de los recursos y la participación social; en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.

Es decir, en el modelo se enmarca la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios; dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el

territorio y en la población; articulando Redes de atención Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), tanto institucionales como comunitarias. En este modelo se hace énfasis en la participación de la población en el proceso generación de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.

Para que el Modelo sea una respuesta institucional viable, desde la perspectiva sectorial se consideran los siguientes elementos:

1. Plan Estratégico del FOSALUD.
2. Plan Operativo del Programa Salud de la Niñez, Adolescencia y Mujer.

En este contexto la Estrategia de Hogares de Espera Materna (HEM) surge como una alternativa para el alojamiento organizado de mujeres gestantes, originarias de comunidades rurales, pobres y alejadas de los servicios de salud; que son requeridos para la atención del parto hospitalario. Este se encuentra sustentado en la iniciativa Maternidad Segura basada en la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos/as.

➤ **Objetivos y Obligaciones de FOSALUD y lineamientos de los Hogares de Espera Materna.**

De acuerdo a la Ley de FOSALUD, los objetivos fundamentales son:

- ✓ Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia institucional.
- ✓ Propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud para la atención al usuario y de los habitantes en general, buscando ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados.
- ✓ Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerables del país.
- ✓ Fomentar campañas de educación de salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas; y,
- ✓ Realizar cualquier otra acción que sea necesaria para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados.

El MINSAL es el ente rector de la política nacional de salud y en el Código de salud, en su artículo 41, se le asigna la atribución de organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias; incluyendo los Hogares de Espera Materna. Otro documento regulador, es la Política Nacional de Salud del periodo 2015-2019, en donde se dictan las normas y técnicas en materia de salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

Asimismo, la política nacional de Salud Sexual y Reproductiva dictamina que se debe fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud. Y se debe impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de la atención en salud sexual y reproductiva.

b) Conceptualización de los Hogares de Espera Materna.

Para regular el funcionamiento de los HEM el MINSAL ha desarrollado de manera interinstitucional los “Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”, este contiene los lineamientos técnicos y administrativos para la implementación y funcionamiento de los hogares.

Este documento permite tener claro la delimitación de roles entre todo el personal de salud y actores dentro del área y facilitar la obtención del objetivo, siendo este la reducción de la mortalidad materna perinatal.

En este se definen Los Hogares de Espera Materna (HEM) como una dependencia comunitaria del MINSAL que tiene como propósito, brindar alojamiento temporal a la mujer embarazada, puérpera y en calidad de recién nacido/a, que se encuentre con riesgo obstétrico o en riesgo social. Así mismo un Hogar de Espera Materna (HEM) podrá ser aperturado sí cumple los siguientes lineamientos y condiciones de funcionamiento:

- La región en la que se dispone su funcionamiento cuenta con población con limitado o difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud de primero o segundo nivel.
- En la región se cuenta con disponibilidad de terreno o infraestructura para apertura del HEM, demostrable a través de escritura pública o comodato, ya sea a la municipalidad o MINSAL.
- Se cuenta con una propuesta técnica y financiera de apertura del HEM.

- Este debe localizarse cercano a una UCSF que preste atención las veinticuatro horas, con capacidad resolutive para atención en emergencias obstétricas o bien se ubique cercano a un hospital.
- De preferencia que el municipio o comunidad cuente con organización comunitaria efectiva o que tenga capacidad organizativa local.
- Que la región cuente con antecedentes de muertes maternas, perinatales y neonatales en el municipio y las RIIS.
- Que sea un municipio con categoría de alta o extrema pobreza.

c) Coordinación Institucional de los Hogares de Espera Materna.

Para que un HEM sea implementado, se requiere del trabajo coordinado de 4 sectores organizativos del MINSAL, debiendo responder a las acciones siguientes:

1. Nivel Superior: conformado por la Dirección del Primer Nivel de Atención, en coordinación con la Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Estos deben monitorear que los HEM el funcionen de acuerdo a lineamientos oficiales.
2. Nivel regional: El nivel regional, en coordinación con los SIBASI y UCSF, son responsables del funcionamiento, monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salud proporcionados en el HEM.
3. Nivel SIBASI: El SIBASI es donde se encuentran implementados los HEM. Este es el responsable de garantizar el cumplimiento del marco regulatorio institucional, monitoreo, supervisión y evaluación del HEM; además de garantizar la participación de la coordinadora del HEM en la microred, para la toma de decisiones oportunas y adecuadas, verificar la disponibilidad de alimentos para las usuarias alojadas.
4. Unidad Comunitarias de Salud Familiar (UCSF): El director(a) de la UCSF del área de responsabilidad donde se encuentre ubicado un HEM; este es el responsable directo del funcionamiento adecuado de éste; además de coordinar, monitorear, supervisar, coordinar el transporte oportuno al nivel institucional o intersectorial para el parto hospitalario o para el retorno de la púérpera o recién nacido, y evaluar la prestación de servicios de salud.

Pero además, los HEM están conformados por los diferentes servicios del MINSAL y otros prestadores de salud, con la finalidad de gestionar y prestar servicios de salud de forma

tal que las personas reciban continuos servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, desarrollando su trabajo en una población definida; a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población.

Los HEM forma parte de la Micro red municipal, en donde además está conformada por los Hospitales, las UCSF básica, intermedia y especializada, centros rurales de nutrición y salud, Casas de Salud, en caso de contar con éstas, así como la sede del promotor(a) de salud o del Ecos Familiar, en el municipio.

d) Condiciones Materiales y Humanas de Implementación de HEM.

i. Requerimientos de recursos humanos para la previsión de servicios

En los años 2007 y 2008, el FOSALUD contrato a profesionales en salud materna e infantil mujeres para la atención de usuarias y usuarios ingresados en los Hogares de Espera Materna de La Unión y Perquín.

Posteriormente se dio la contratación de profesionales para 19 hogares, 75 recursos humanos que tienen el grado académico de Licenciatura en salud materna infantil. La actividad desarrollada por estas profesionales dentro de los hogares es prioritariamente preventiva; como las atenciones en salud a mujeres y recién nacidos alojadas en la casa y atenciones de educación y promoción de la salud.

Uno de los ejes fundamentales en la calidad de atención, se basa en la satisfacción de las expectativas del usuario/a, con relación a la competencia profesional del trabajador en salud. Por lo tanto, la estrategia de trabajo se centraliza en un Plan de Educación Continua, que brinda a los profesionales el conocimiento y actualización necesaria para su desempeño; por medio de un proceso de formación, actualización y capacitación permanente y sistemática.

ii. Perfil y funciones de las licenciadas materno infantil

La encargada del HEM debe ser una profesional con conocimientos demostrables, para la atención materna-infantil, con habilidades y destrezas para coordinar técnica y administrativamente el HEM.

Dentro de las funciones más importantes que deben desarrollar están:

- Mantener actualizado el libro de registro de ingresos y referencias, retornos e interconsultas del HEM; así como la información del estado de salud de usuarias y recién nacidos después de verificar parto.
- Revisar la referencia a fin de dar cumplimiento a las indicaciones médicas. Pero en caso que la mujer embarazada haya acudido espontáneamente, se debe: Coordinar con la UCSF responsable del HEM, para la evaluación del ingreso y/o seguimiento de la mujer embarazada.
- Establecer estrecha coordinación con la partera, promotor(a) de salud, líderes y lideresas comunales u otras organizaciones, gobiernos locales de la red, con la finalidad de promover el uso adecuado del HEM y la referencia oportuna de la mujer embarazada con riesgo obstétrico controlado o riesgo social.
- Registrar toda atención en salud y acciones educativas brindadas a la mujer embarazada durante su estancia en el HEM.
- Realizar envío mensual de información técnica administrativa a los diferentes niveles de atención de la RIIS, instituciones relacionadas con el comité de seguimiento a las actividades del HEM.
- Mantener actualizado el activo fijo e inventario de bienes muebles del HEM.
- Brindar atención integral a las mujeres y sus recién nacidos/as ingresados y reportar cualquier anomalía al director(a), personal médico de la UCSF o del hospital.
- Brindar consejería en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar, alojamiento conjunto, apego precoz, problemas en el amamantamiento, extracción-conservación de la leche, alimentación saludable, banco de leche humana, demostración sobre cuidados del recién nacido, lactancia materna y estimulación temprana del recién nacido, nutrición y educación alimentaria, derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género, prevención sobre la violencia de género, entre otros.
- Apoyar a las UCSF en la promoción de los HEM con las embarazadas.
- Velar por la optimización y buen uso de los recursos.
- Elaborar evaluación mensual del funcionamiento del HEM y presentarla al comité de apoyo para análisis y retroalimentación.
- Asumir la responsabilidad del sistema de información del HEM.

e) Administración de los HEM

i. Materiales de Infraestructura.

Para el funcionamiento adecuado de los Hogares de Espera Materna (HEM), se propone que estos cuenten con cierta infraestructura básica que reúna por lo menos las siguientes condiciones:

- Que cuente con ambientes físicos deseables: área de dormitorios con privacidad, sala de espera, salón de usos múltiples, área administrativa, cubículo para evaluación médica, cocina, comedor, área de lavandería, servicios sanitarios, baño, área de estacionamiento con acceso para ambulancias.
- El diseño arquitectónico sugerido es en forma de “U”.
- La casa en la que este funcione debe contar con ventilación e iluminación natural en su construcción, para minimizar los costos de operación.
- La capacidad del HEM dependerá de la población demandante del área rural, oscilando entre 5 hasta 15 camas en municipios cuya población oscila entre 20,000 hasta 50,000 habitantes.
- La construcción debe ser de una sola planta o nivel para permitir el desplazamiento de las gestantes. En las zonas donde las construcciones son altas deben usarse rampas con pasamanos.

ii. Sistema de registro.

Para el registro se tiene un tabulador diario de actividades del MINSAL, esta es la hoja de registro oficial y aunque no contiene el registro de la totalidad de las actividades que se realizan dentro de los Hogares, posteriormente esta hoja se vacía en el Sistema Estadístico de producción de servicios (SEPS) del MINSAL. Ver anexo VIII.

iii. Monitoreo, supervisión y evaluación.

Para los monitores se realizan, de forma indirecta la revisión de informes mensuales, para verificar la producción de servicios; y de forma directa con visitas de observación en los Hogares.

Existe un Plan de visitas anuales y en cada visita de monitoreo existe participación de todos los niveles de atención (local, SIBASI, región y nivel rector), se realiza el llenado de los instrumentos elaborados para tal fin; luego se discuten fortalezas y debilidades; y se

complementa el “Formulario elaboración de compromisos para la mejora de la gestión de los Hogares de Espera Materna”.

Según lineamientos el monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salud del HEM, se verifica que éstos sean apegados al marco regulatorio institucional y dejando evidencia de las actividades desarrolladas; debe de estar a cargo de la UCSF en forma mensual o según necesidades, la Región de Salud por lo menos 3 o 4 veces al año y el SIBASI cada dos meses.

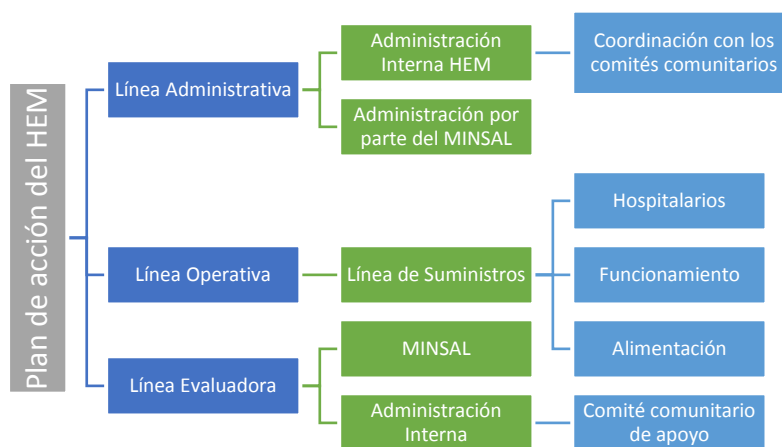
Por otra parte, el FOSALUD en el año 2016 fortaleció las capacidades de su personal en salud reproductiva y prevención de violencia, capacitando a 50 profesionales de UCSF, Hogares de Espera Materna y Centro Integral de Atención Materno-infantil y Nutrición (CIAMIN); sobre paquete inicial mínimo de Servicios de la Salud Reproductiva (SSR) y prevención de la violencia en situaciones de emergencia.

iv. Estructura Interna de funcionamiento de los HEM.

Dentro de las líneas de funcionamiento de los HEM, se cuenta con dos líneas de vital importancia que se pueden identificar como la línea operativa y la línea administrativa, se cuenta además con las líneas de evaluación y control así como las líneas de suministro tanto de insumos perecederos, alimenticios y hospitalarios, y por último pero sin restarle importancia las líneas de comunicación y difusión de los servicios de los HEM.

Con el propósito de brindar una idea más clara del funcionamiento de los HEM, se construye el siguiente esquema:

Esquema 6: Plan de acción de los HEM.



Fuente: Elaboración propia con base en lineamientos del funcionamiento de los HEM

De esta forma puede apreciarse que al plan de acción de los Hogares de Espera Materna, corresponde a tres líneas principales, la operativa, la administrativa y la evaluadora; las que a su vez contienen más líneas de acción, que permiten el desarrollo pleno del plan de acción del HEM. Esto a manera de esquematizar la cadena operativa desde la fase de la administración hasta la evaluación del plan de acción, que no solo le corresponde al propio HEM como parte del control interno, sino al comité de apoyo al HEM, así como al MINSAL.

Por tanto los parámetros bajo los que operan los HEM pueden ser identificados y analizados, lo cual permitió evaluar cada línea de acción, destacando así la estructura de los HEM.

Cada línea de acción que corresponde al plan de funcionamiento de los HEM es intervenida por los diversos agentes que contribuyen a su funcionamiento; de forma que son responsables del cumplimiento de la normativa tanto el personal contratado como el Comité Comunitario de Apoyo, la Unidad de Salud correspondiente a la región que atiende el respectivo Hogar, y cualquier otro agente que contribuya dentro del plan de funcionamiento del mismo; por tanto cada uno de ellos representa un actor importante y vital de la estrategia.

En cuanto a la línea administrativa y operativa que son aquellas que involucran todos los procesos pertinentes a la planificación, ejecución y evaluación; y que son necesarios para darle salida a las necesidades de los HEM en lo que corresponde al internamiento, evaluación y tratamiento de las usuarias, se identificó la retroalimentación y comunicación que se da entre los agentes interventores, directores de los Hogares, personal del MINSAL, el consejo del comité de apoyo a los HEM, etc. En esta área se genera la comunicación y logística. Finalmente en la acción evaluadora se realiza toda actividad de supervisión, control y monitoreo de los actores clave y las acciones que sucedieron desde el ingreso de las usuarias hasta el parto y puerperio dentro de los Hogares.

v. Relaciones comunitaria e intersectoriales

Esta estrategia se enmarca en el Primer Nivel de Atención, y se respalda en alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales –ONGs-, Gobiernos Municipales, empresa privada y en la organización comunitaria para su participación en el análisis de los problemas de la mortalidad materna y en la toma de decisiones para superarlos.

El compromiso y movilización de diferentes actores sociales para participar activamente dentro de las actividades del hogar, ha permitido el fortalecimiento de alianzas estratégicas entre instituciones, comunidad y gobiernos locales lo que han conformado Comités de apoyo en los Hogares de Espera Materna.

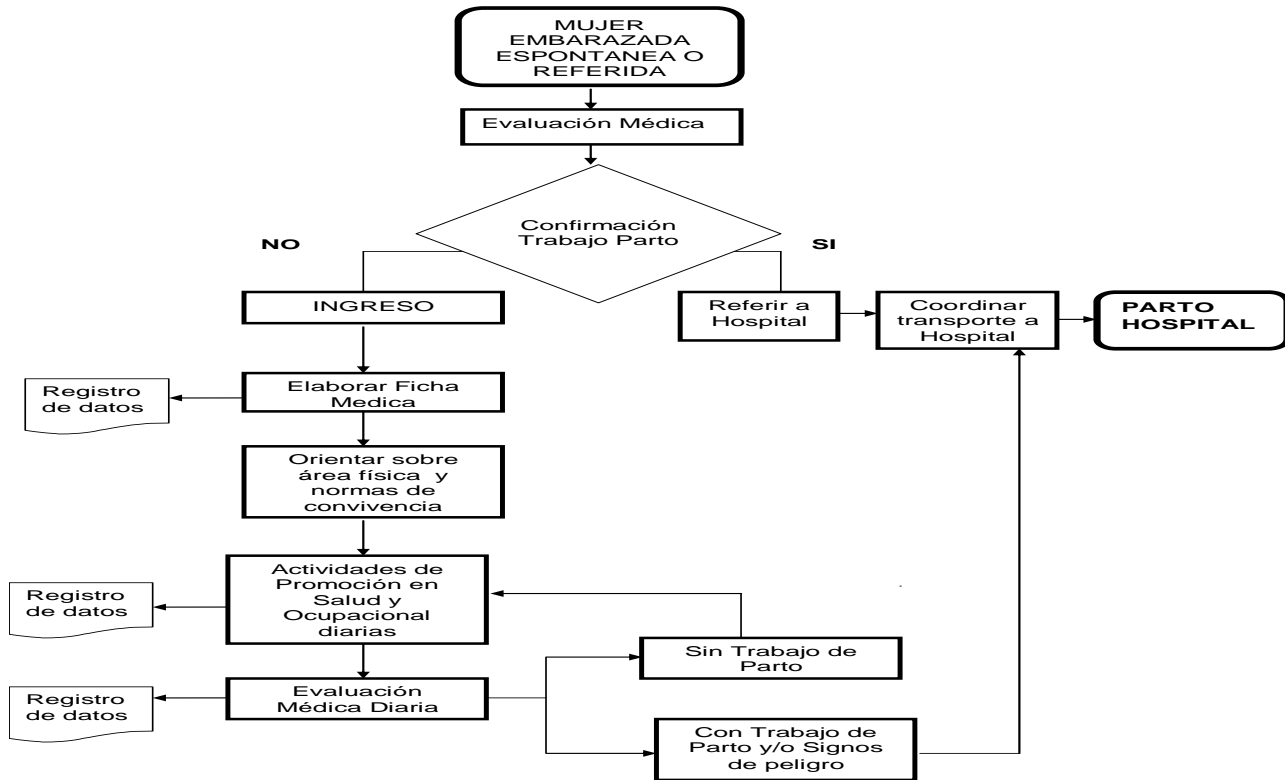
Este Comité es responsable en coordinación con la UCSF de promover el HEM con los gobiernos locales, otras instituciones de las RIIS y la comunidad, participar en la evaluación de actividades del HEM, apoyar a la coordinadora del HEM en la solución de problemas, vigilar que el funcionamiento del Hogar sea eficaz, velar por la óptima utilización de los recursos, monitorear y dar seguimiento a los acuerdos tomados en las reuniones de evaluación.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención (directores) de la UCSF, son responsables del HEM y de desarrollar la coordinación intrasectorial efectiva y alianzas con los proveedores de servicios de salud, particularmente MINSAL- Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) para optimizar la atención integral a las usuarias del HEM. Así también, debe fortalecer las coordinaciones con otros sectores y de ser posible establecer alianzas estratégicas con los Gobiernos Municipales para contribuir a la promoción del HEM.

f) Proceso de Atención de los HEM.

El flujograma de los hogares de espera materna, representa el proceso de atención de usuarias ingresadas. En él se identifican las entradas de los proveedores, las salidas de las usuarias y de aquellos puntos críticos del proceso.

Esquema 7: Flujo de atención de los Hogares de Espera Materna



Fuente: FOSALUD (2017).

i. Identificación de mujeres embarazadas y puérperas para ser admitidas en el HEM

Los servicios de salud integrantes de las RIIS proporciona mensualmente a los Hogares de espera materna la nómina de mujeres embarazadas de su área, próximas a su fecha probable de parto (10 días antes de fecha probable de parto), con riesgo obstétrico o riesgo social. De esa manera les permiten dan seguimiento a ellas, a través de la coordinación con el personal comunitario, quien refiere a los Hogares.

Además cada HEM cuenta con un mapa obstétrico, siendo este un instrumento gráfico e ilustrativo, que permite la identificación y ubicación geográfica de las gestantes existentes en una zona delimitada o Área Geográfica de Influencia (AGI). Es decir, constituye una herramienta dinámica, para la toma de decisiones y se mantiene actualizada la información de las gestantes, de acuerdo a la simbología establecida: “alfiler” **rojo** si es embarazo con complicación y **verde** si es embarazo normal (VER ANEXO IX).

ii. Ingreso a los HEM

Las mujeres embarazadas pueden ser referida al HEM por un líder comunitario, un promotor(a) de salud, una partera, los ECOS familiares, UCSF, hospital, ONG, médico(a) privado o llegar de forma espontánea y es evaluada sobre el cumplimiento de los criterios de ingreso previamente establecidos.

Según la normativa oficial las mujeres deben de ingresar 10 días antes de la fecha probable de parto, aunque a veces debido a condiciones propias de cada mujer puede extender o acortar su estancia.

Estas usuarias deben de cumplir con los criterios de ingreso establecidos en la normativa oficial:

- Primigesta con diez días antes de la fecha probable de parto.
- Multigestas (a partir 37 semanas de gestación).
- Mujeres con embarazo normal, pero con domicilio de difícil acceso geográfico.
- Factores de riesgo social: violencia, dificultad de transporte y desnutrición.
- Mujeres gestantes con antecedentes de: muerte perinatal, cesárea, parto complicado, parto prematuro o inmaduro, trastornos hipertensivos del embarazo, víctimas de violencia intrafamiliar o de otro tipo.
- Embarazo actual, bajo las condiciones siguientes: Polihidramnios, Oligohidramnios leve, placenta previa no sangrante (no total), anemia leve 14, sobrepeso u obesidad, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), embarazo múltiple, presentación no cefálica; o en bien para garantizar adherencia al tratamiento médico (maduración pulmonar, IVU).
- Mujeres embarazadas con enfermedades crónicas controladas y con tratamiento médico establecido en UCSF u hospital: Diabetes compensada, hipertensión arterial crónica, antecedentes de asma, síndrome convulsivo, tiroideopatías.
- Mujeres con puerperio mediano (<7 días) y tardío (hasta los 40 días) sin complicaciones obstétricas y con recién nacido sano o ingresado en el hospital, que cumpla los siguientes criterios: madre adolescente, bajo peso al nacer con edad gestacional de término, malformaciones congénitas compatibles con la vida (labio y paladar hendido, síndrome de Down, entre otros), prematuro post alta de hospital (de programa madre canguro o no), recién nacido post-quirúrgico, recién nacido egresado por asfixia perinatal, sepsis u otra infección congénita.

- Casos especiales: Toma de exámenes de laboratorio y gabinete, cita hospitalaria, mujer embarazada con alguna discapacidad física que no requiere de cuidados personalizados, mujer embarazada que requiere una evaluación por el ginecólogo de la UCSF, mujeres que han verificado parto extra hospitalario, que fueron evaluadas por personal médico y requieran alojamiento en el HEM.

iii. **Atención integral en salud**

Al ingreso de la mujer embarazada al HEM, esta es recibida por la responsable de turno del Hogar, quien revisa la hoja de referencia, donde se resume la historia obstétrica de la usuaria y verificará la veracidad de la misma.

Si la mujer embarazada ha llegado por sus propios medios o ha sido referida por un agente comunitario, promotor(a) de salud o partera, se debe coordinar con la UCSF para ser evaluadas por personal médico y conocer su estado de salud, se elabora su expediente; luego se les proporciona una sesión de orientación a través de la “Guía informativa para usuarias y su familia” en donde se les explica sobre lineamientos de ingreso, normas de convivencia, se efectúa un recorrido por las instalaciones con la usuaria y sus familiares; y se dan las orientaciones sobre signos o síntomas de peligro o de inicio de trabajo de parto.

El personal médico de la UCSF asignado a la atención de las usuarias del HEM llena la ficha médica de ingreso de la usuaria, de acuerdo al formato establecido en el anexo X.

La usuaria es evaluada por la responsable del HEM (examen físico completo) y registra en el libro de ingreso del HEM según formato de anexo XI.

La responsable del HEM toma y registra los signos vitales, Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), actividad uterina, movimientos fetales activos, entre otros, cada ocho horas o cuando sea necesario, de acuerdo al caso por personal del HEM, anexo XII y debe evaluar diariamente a la usuaria utilizando el formato del anexo XIII.

Por otro lado, cuando ingresa una puérpera y su recién nacido al HEM el personal del mismo debe utilizar el formato del anexo XIV y XV.

Durante sus días de ingreso estas usuarias y usuarios son evaluadas diariamente por el personal médico establecido en un plan semanal elaborado por el Director o Directora de

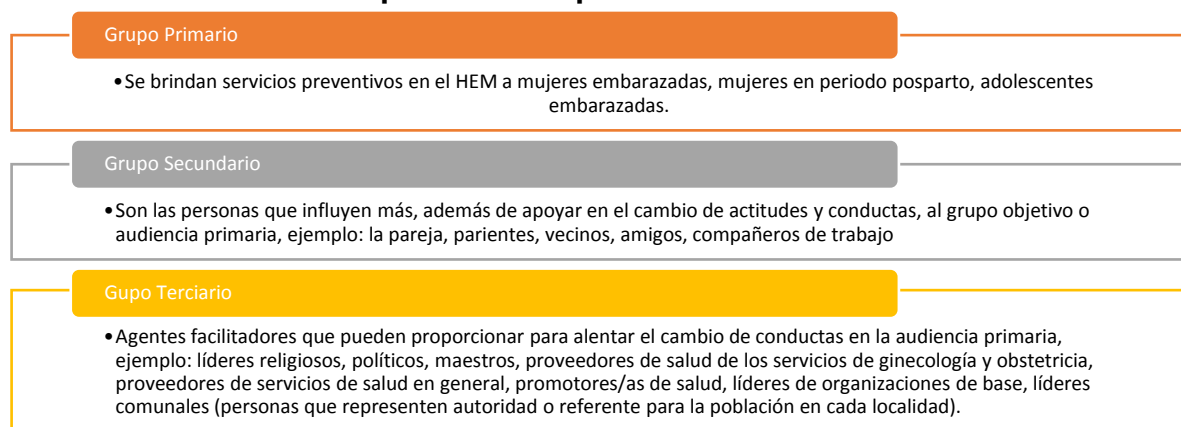
la UCSF referente de los HEM y monitoreadas frecuentemente por las profesionales responsables del hogar para conocer su estado de salud. Estas atenciones comprenden, evaluación de signos y síntomas de peligro, comprobación del inicio de trabajo de parto, verificación de signos vitales sobretodo la presión arterial y la frecuencia cardiaca fetal.

Esta convivencia de 24 horas del día con las mujeres implica ofrecerle cuidados emocionales, realizar actividades culinarias, efectuar actividades lúdicas y muchas más acciones.

iv. **Intervenciones de información, educación y comunicación en el Hogar de Espera Materna**

Diariamente las usuarias ingresadas reciben intervenciones de Información, educación y comunicación, que apoyen cambios de comportamiento y actitud entre audiencias específicas; este plan basado en el estudio de sus necesidades y percepciones, incluye la comunicación interpersonal (consejería), comunicación de grupo (sesiones educativas, charlas participativas, demostraciones) como se observa a continuación:

Esquema 8: Grupos Comunicativos



Fuente: Elaboración propia, con base en: Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los HEM

Las temáticas impartidas prioritariamente son: lactancia materna, planificación familiar, inscripción precoz del recién nacido, atención de la mujer en el post parto, alimentación saludable de la usuaria, cuidados del recién nacido, higiene personal, signos y síntomas de peligro durante embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

v. Referencia, retorno e interconsulta en los HEM

Para la atención de usuarias en forma oportuna, continua y para garantizar el parto hospitalario, se hace uso del sistema de referencia, retorno e interconsulta en los diferentes establecimientos de salud de la RIIS. Además de garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes niveles de complejidad, en función de las necesidades de las usuarias. Esto requiere, entre otras cosas, medios de comunicación y transporte que permita el traslado adecuado, entre los establecimientos de la red.

La mayoría de los hogares poseen un medio de comunicación, proporcionado por el MINSAL, para realizar todas las gestiones de coordinación de transporte, para el traslado de usuarias desde el Hogar hasta el hospital. Estas mujeres son acompañadas por las licenciadas al hospital para que verifiquen parto en hospital, haciendo previa coordinación con contactos identificados para obtener transporte.

La mujer embarazada, puérpera o un recién nacido, podrán ser referidos por un médico(a) de la UCSF o por la encargada del HEM, para ser debidamente trasladados con el establecimiento de salud. Esto se debe realizar por medio de condiciones que no pongan en riesgo la vida de la usuaria y del recién nacido/a. Por tanto se debe acompañar por el personal del HEM y en un medio de transporte facilitado o coordinado por la UCSF. Estas deben de ser registradas en el formulario de referencia, retorno e interconsulta vigente.

Las referencias, realizadas por los HEM, en emergencia hacia un hospital de segundo o tercer nivel, primero la gestante debe ser evaluada por el personal médico, ginecólogo o personal de turno.

Y los criterios de referencia a dichos hospitales, según los lineamientos oficiales, son que: Toda embarazada que cumple criterios clínicos de trabajo de parto, embarazada que cuente con dilatación mayor de dos centímetros, embarazada con ruptura espontánea de membranas; aunque solo sea sospecha, embarazada que manifieste hipo motilidad fetal, aunque no presente variaciones de frecuencia cardíaca fetal (FCF), usuaria que presente alteración de sus signos vitales (bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipertensión), toda usuaria que manifieste o se descubran signos de alarma, embarazada que llegue a sus 40 semanas de gestación según fecha de última regla (FUR) o ultrasonografía (USG).

vi. **Alojamiento y alimentación de las usuarias alojadas e insumos básicos del HEM.**

Las usuarias de acuerdo a su estado de salud, deben participar en actividades que se organicen para la convivencia armoniosa en el HEM, como: Ordenamiento de cama y arreglo de su espacio personal, así como su limpieza e higiene personal, lavado de la ropa, limpieza de las instalaciones, preparación de los alimentos, limpieza de cocina y utensilios; así como el lavado, secado y planchado de su ropa.

Los alimentos no perecederos son proporcionados por las Regiones de Salud mensualmente, y los no perecederos son proporcionados por el comité de apoyo en aquellos lugares en que existen o por familiares.

Los HEM disponen de estándares básicos de calidad como los medicamentos, insumos y equipo médico; para la atención a mujeres y recién nacidos en forma adecuada, oportuna y de calidad con la finalidad de disminuir las secuelas y morbimortalidad asociada.

Dentro de los HEM, se ha definido el equipo e insumos básicos necesarios para la atención con calidad de usuarias en los HEM, estos son: estetoscopio, doppler, tensiómetro, báscula/tallímetro, gestograma, cinta métrica, termómetro, equipo de parto; medicamentos como sulfato ferroso, ácido fólico, acetaminofén, entre otras.

2.3.3- Resultados del modelo de atención.

a) Caracterización de los Hogares de Espera Materna Visitados.

Previo a la caracterización de cada hogar visitado, cabe destacar que cada HEM tiene definida un Área Geográfica de Influencia (AGI) y una población meta de cobertura de embarazadas esperadas; la mayor cobertura es del HEM de Perquín con un 98.2%, seguido del HEM de Sonsonate (86.4 %). Y la menor cobertura la tuvo para 2016 el hogar de Puerto el Triunfo con 3.08% mujeres embarazadas. (FOSALUD, 2016)




En la siguiente tabla, se sintetizan las características que se identificaron como particularidades tipo de los Hogares visitados, asimismo un panorama más amplio de los mismos.

Tabla 5: Características identificadas de los ocho HEM visitados

	HEM VISITADO	% Rural	Mapa de Pobreza FISDL	Necesidades Básicas insatisfechas	Asistencia Escolar	Tasa de Analfabetismo	Tasa de fecundidad global (Hijos x mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)	Causas de Morbilidad Materna	Causas de Mortalidad Materna	Causas de Ingreso a los HEM	Número de Ingresos para 2016
Con Comité	Perquín	100%	2	75.7	82.0	19.0	2.7	66.3	Infecciones de Vías Urinarias, Amenaza de Aborto, Vaginitis, Amenaza de Parto Prematuro y Preclamsia IVU, caries dental, trastorno hipertensivo en el embarazo, anemias, infecciones de vías respiratorias superiores y enfermedades diarreicas.	Hemorragias postparto, Cáncer de Ovario, Falla en la Anestesia, causas prevenible y detectables, producto de la demora III.	Cesárea anterior, embarazo de término sin trabajo de parto, puerperio mediato sano, recién nacido sano, obesidad mórbida grado III, trastorno mental, riesgo social, sospecha de preclamsia y amenaza de parto.	435
	Sonsonate	28%	1	51.4	85.6	14.4	2.2	71.4				444
	Planes de Renderos	37%	1	83.9	82.1	13.2	3.1	66.7				335
	Coatepeque	45%	2	78.1	86.3	22.4	3.2	69.5				207
	Puerto el Triunfo	99%	2	79.9	83.9	19.6	3.1	71.6				20
Sin Comité	Cara Sucia	89%	2	86.9	78.2	35.2	3	69.1				444
	Anamorós	82%	2	88.9	75.8	19.2	3.2	68.6				169
	San Gerardo	84%	3	94.5	74.2	27.1	3.1	69.4				157

Fuente Elaboración propia con base en los datos de Diagnostico Situacional de FOSALUD, Digestyc, MINSAL.

Mapa Pobreza FISDL
4: POBREZA EXTREMA SEVERA
3: POBREZA EXTREMA ALTA
2: POBREZA EXTREMA MODERADA
1: POBREZA EXTREMA BAJA

Clasificación por Ingreso de usuarias
• Altos Ingresos 
• Medianos Ingresos 
• Bajos Ingresos 

b) Comparación de perfiles

Tabla 6: Comparación de perfiles de investigación

PERFIL DE USUARIAS QUE INGRESAN A LOS HEM	PERFIL DE LA MORTALIDAD MATERNA
El grupo más numeroso que entra a los HEM están entre 20 a 34 años, con un 57% de ingresos.	El 62% de las muertes está ocurriendo en las edades seguras de 20 - 34 años.
El 32% de mujeres embarazadas que ingresan son adolescentes entre 10 a 19 años, grupo de riesgo por sufrir mayores complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.	El 16.66% de muertes en adolescentes de 15 a 19 años.
Las mujeres usuarias de los HEM, residen en municipios en el área geográfica rural. Los municipios donde se encuentran se caracterizan por su pobreza, difícil acceso y ruralidad, analfabetismo o bajo nivel educativo; y aislamiento en términos de comunicación. Todo ello profundiza la exclusión en el acceso a los servicios de salud.	En los países en vías de desarrollo se da el 99% de las muertes maternas y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
El 100% de mujeres embarazadas que ingresan en los hogares verifican parto hospitalario lo que previene las Morbilidades Obstétricas extremas; además tienen control diario, por tanto las mujeres que tienen una enfermedad antes, durante o después del embarazo son supervisadas y atendidas, además de recibir sus medicamentos de acuerdo a su condición.	El 57% fueron muertes por complicaciones obstétricas durante embarazo, parto puerperio u omisiones o tratamiento incorrecto. La mayoría de esas complicaciones pueden estar presentes desde antes del embarazo y pueden agravarse en este período, otras complicaciones aparecen durante la gestación.

Fuente: Elaboración propia, con base en documento Mortalidad Sala Situacional proporcionado por FOSALUD

En el anterior cuadro comparativo se listan las características de los perfiles mencionados en el apartado b, dichas características han sido homologadas para su comparación de ambos perfiles, y se puede observar que se corresponden.

c) Análisis de los Resultados

- **Resultados de las entrevistas a las usuarias de los HEM**

Del total de mujeres entrevistadas, manifestaron haber hecho uso de los servicios de los HEM, la mayoría, es decir el 58 % expresó que era la primera vez que se encontraban en estado de gestación, el resto de la población de usuarias que corresponde al 42 %, aclaró haber tenido ya sea uno o más embarazos previos, pero a pesar de ello el 33 % de las mujeres declararon no haber recurrido a los HEM para ser atendidas antes o luego de haber dado a luz en sus embarazos anteriores.

El 50 % de las mujeres entrevistadas aseguro haberse enterado del programa de HEM por medio de los promotores de salud de las diversas instituciones del MINSAL; en menor medida el 25 % de ellas manifestó haberse enterado por medio de alguien que ya había utilizado el servicio de los HEM, y el 42 % declaró haber sido referida por alguna familiar.

Por otra parte la totalidad de mujeres que fueron entrevistadas confirmó que el programa de HEM cuenta con las condiciones necesarias para atender a las futuras madres; además de que el 58 % de las usuarias respondió que deben movilizarse más de dos horas para poder acceder a los servicios de salud. Otra situación que parece afectar a las usuarias de los programas de los HEM es la seguridad de las zonas en que estas residen siendo solamente, el 50 % de las usuarias las que consideran sus zonas de residencia como zonas consideradas seguras, seguidas por un 42 % de beneficiadas que consideran su zona de residencia como zonas poco seguras.

Cabe destacar que el 83 % de las usuarias entrevistadas calificó de excelente la atención recibida durante su estancia en el HEM, y a pesar de que el 75 % aseguró no contar con ningún tipo de enfermedad crónica o viral, de forma unánime aseguraron que el trato fue excelente, además de manifestar que todas habían recibido capacitaciones en cuanto a educación reproductiva y sexual.

- **Resultados de las entrevistas a las licenciadas materno infantil de los HEM.**

En la gráfica siguiente se encuentran las apreciaciones que las licenciadas materno infantil tienen, sobre la Infraestructura e Insumos básicos con que cuentan los HEM investigados.



Gráfico 3: Percepciones de las Licenciadas Materno-Infantiles

Fuente: Elaboración propia, con base en entrevista realizadas a Licenciadas Materno Infantil de los ocho Hogares visitados.

Un alto porcentaje (75%) refiere que cuenta con los instrumentos adecuados y suficientes según la demanda de pacientes, un porcentaje similar indicó que se cuenta con condiciones salubres para el desarrollo de las actividades; por otra parte, el 88% de las entrevistadas refirió que se cuenta con el ambiente físico necesario.

Por otra parte, resulta interesante que una de las deficiencias más notorias reportadas por las entrevistadas sea la infraestructura necesaria para la implementación de programas, el cual es insuficiente debido a la demanda del servicio; otro factor que aqueja es la falta de insumos necesarios para el desarrollo de huertos caseros, los cuales podrían contribuir a que los HEM sean auto sostenibles en materia nutricional, esto toma relevancia cuando se observa que existe un porcentaje importante (26 %) de HEM donde refienten tener una regular o deficiente abastecimiento de recursos de alimentación para las gestantes o sus familiares.

Gráfico 4: Apreciación de las licenciadas materno infantil en cuanto a Certificación por Recursos Humanos.



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista realizadas a Licenciadas Materno Infantil de los ocho Hogares visitados.



El gráfico 4 muestra las apreciaciones de las licenciadas materno infantil en cuanto a la certificación del personal y el recurso humano con que cuentan los programas de HEM. que solo son dos los parámetros cuentan con malas observaciones, siendo estos la capacitación del personal de enfermería, ya que no un 50 % refiere tener regular o deficiente personal de enfermería dentro del hogar; llama la atención un 13 % refiere el plan de educación continua, en lo referente a la educación sexual y reproductiva, a pesar de ello este último es el que cuenta con más valoraciones positivas.

Las licenciadas materno infantiles corroboraron que tanto la **Aplicación de la normativa** como la **Aplicación de los principios** se cumplen de manera excelente en los programas de atención de los HEM, salvo por la atención nutricional que aún cuenta con procesos que podrían ser mejorados para una plena implementación del mismo.

- **Resultados de las entrevistas a los casos de éxito de los HEM**

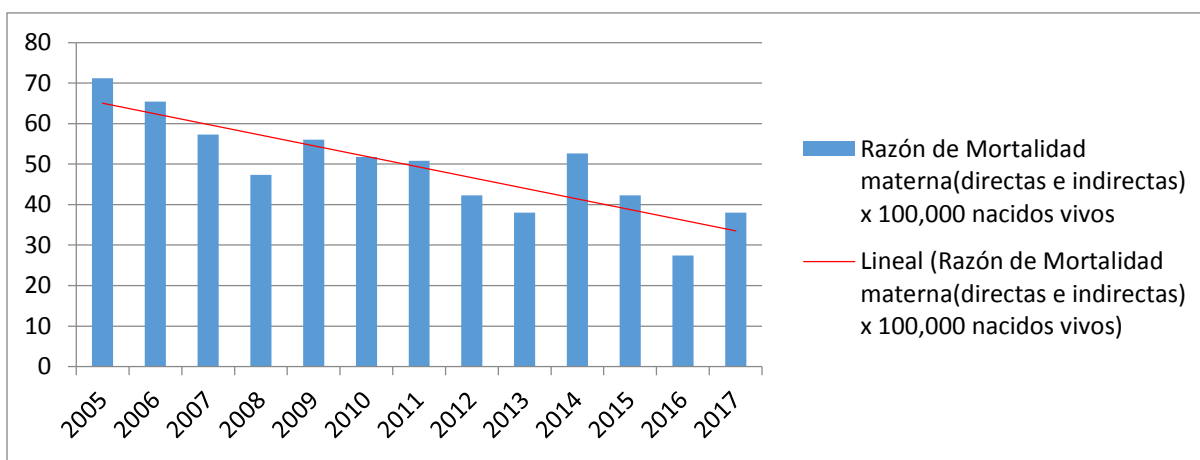
La mayoría de las ex usuarias de los programas de los HEM, manifestaron haber utilizado las instalaciones de los HEM durante más de diez días mientras permanecieron en calidad de usuarias dentro de los HEM, a pesar de ello, de forma unánime aseguraron haber recibido controles médicos diarios, así como una excelente alimentación, dotación de medicinas y servicio de atención durante su estadía.

Gráfico 5: Valoración del Trato por parte de las Usuarias de los Hogares de Espera Materna.

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista realizadas a los Casos de Éxito de los ocho Hogares visitados.

- **Resultados del análisis de la tendencia de la RMM**

Gráfico 6: Tendencia de la RMM para los años 2005-2017



Fuente: Elaboración Propia, con base en datos obtenidos del boletín de indicadores del Sistema Nacional de Salud.

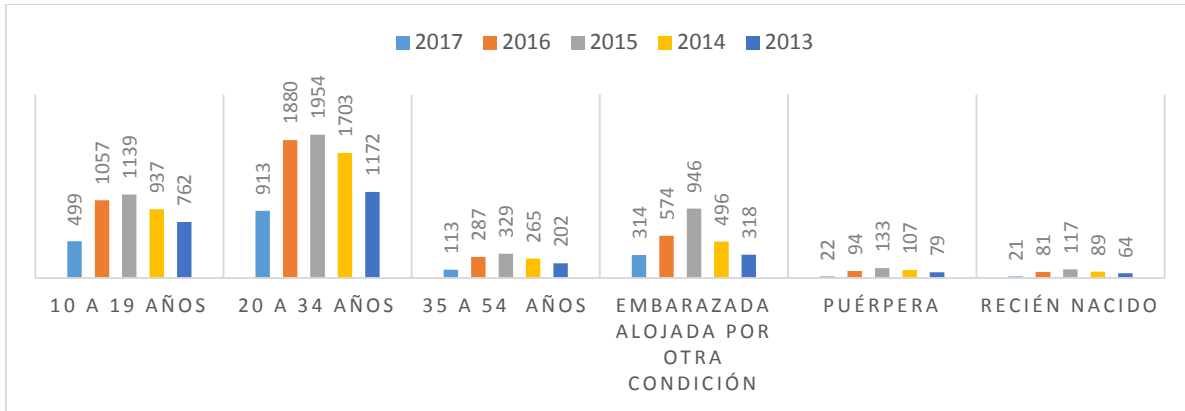
Si se realiza un análisis transversal a la Razón de Mortalidad Materna de los últimos siete años aproximadamente, se podrá apreciar la reducción de esta misma, de forma que ha venido decreciendo a una razón estimada de -1.8107 por 100,000 nacidos vivos, con lo que para el 2017 se estima que la Razón de Mortalidad Materna vuelva a llegar a 38.00.

Por otra parte la evolución de los decesos de mujeres en gestación ha tenido una tendencia a la alza, pero de manera menos constante que antes por lo que se espera que con el tiempo y dadas las características de implementación de los programas de acompañamiento materno como el de los HEM, esta evolución hasta entrar en un periodo de estancamiento o fase controlada, en la que el monitoreo constante del proceso de gestación permita que menos mujeres pierdan la vida a causa de circunstancias prevenibles o evitables.

- **Resultados de la Evolución del Cuadro de Atención de los Hogares de Espera Materna**

En el gráfico siguiente podemos observar la distribución por poblaciones de las usuarias de los HEM, esto en cuanto a las edades y a su condición de espera de fecha para parto o embarazada bajo condiciones de riesgo, púérpera o con recién nacido.

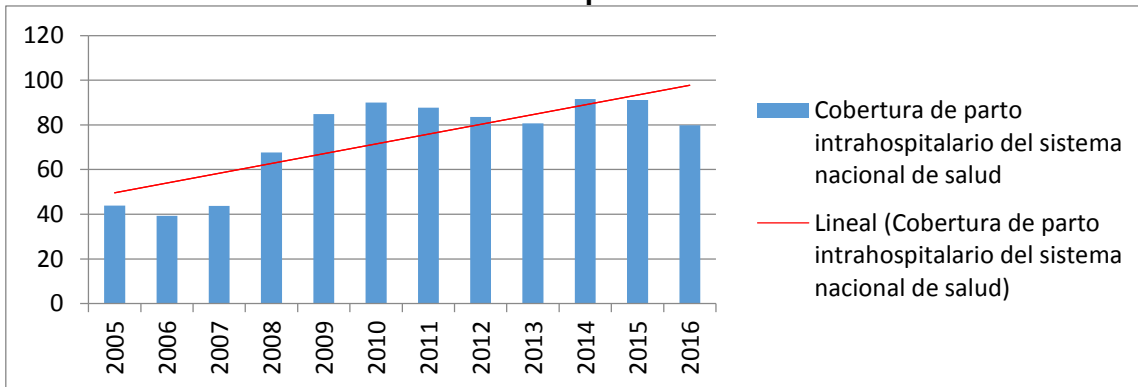
Gráfico 7: Análisis de la tendencia de las usuarias de los HEM para los años 2013 – 2017



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del SEPS.

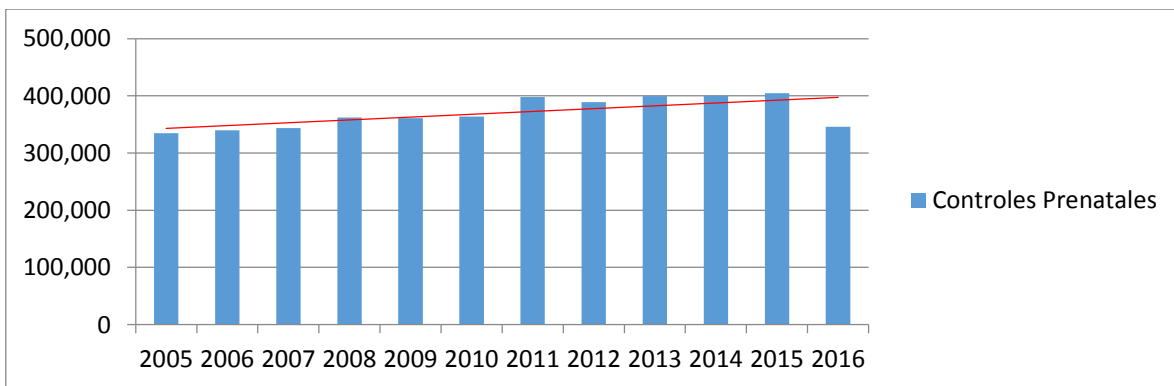
Esta categorización nos permitirá comparar un perfil de usuaria tipo o promedio con el perfil de muerte materna ya establecido, dejando aparte los casos excepcionales o poco frecuentes.

Gráfico 8: Análisis de la Cobertura de parto intrahospitalario del sistema nacional de salud para los años 2005 – 2016



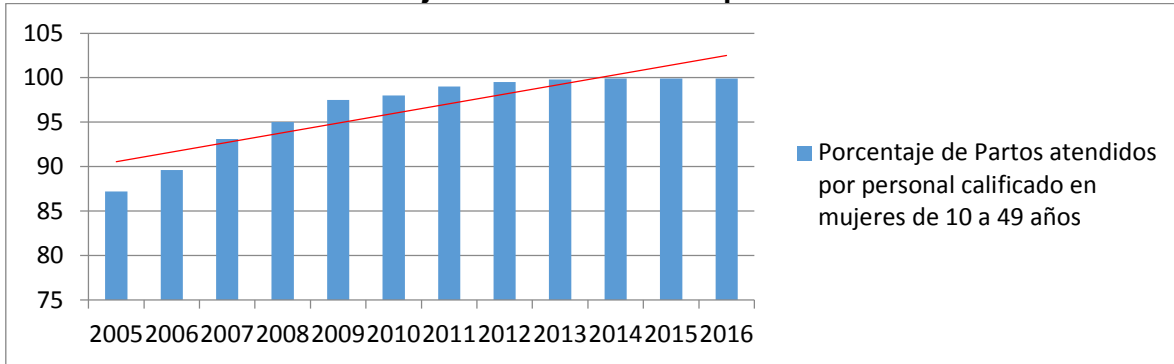
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la memoria de labores del MINSAL

Gráfico 9: Análisis del control prenatal para los años 2005 – 2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la memoria de labores del MINSAL

Gráfico 10: Análisis del porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años para los años 2005 – 2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la memoria de labores del MINSAL

Los gráficos 8, 9 y 10 muestran la evolución de algunos indicadores relacionados entre sí, y que contribuyen a la disminución de la mortalidad materna, dichos indicadores mantienen una tendencia hacia la alza con lo que contribuyen a la reducción de algunos factores determinantes para controlar los niveles del indicador de mortalidad materna ya que significan un incremento en la atención de partos hospitalarios por parte de personal suficientemente calificado para dar la atención necesaria así como el incremento de los controles prenatales, que resultan claves en la determinación de la pronta atención a mujeres que pueden correr riesgos potenciales al igual que a los bebés en estado de gestación.

- **Conclusión de los resultados encontrados.**

Finalmente se puede concluir que los HEM tienen impacto en la reducción de la mortalidad materna en El Salvador, aceptando así la hipótesis; ya que las mujeres que ingresan a los hogares están en edades de 20 a 34 años, y de acuerdo al perfil de muertes maternas caracterizado anteriormente, este es el rango de edades donde están ocurriendo más las muertes. Además, se tiene que el otro grupo de mujeres que tiene mayores ingresos en los hogares, es el segundo grupo de edades que más riesgo de muerte tiene, siendo este las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Ambos grupos con condiciones directas (complicaciones obstétricas durante embarazo, parto puerperio u omisiones o tratamiento incorrecto) y que son prevenibles, además de tener riesgo social; viven en el área rural y con condiciones de escasos recursos.

Por lo tanto, se puede ultimar que los hogares realizan el cuidado de mujeres embarazadas, contribuyendo en esta parte importante y vital del ciclo de la vida, donde se mantiene y

preserva en buenas condiciones a la embarazada hasta el momento de parto donde se transportan al hospital.

Es decir, se reconoce esta etapa como parte primordial del ciclo vital. Y, por tanto, se está proveyendo con servicios de salud integrales a lo largo del ciclo y en especial de las mujeres que se encuentran expuestas a gran cantidad de desigualdades que ponen en peligro la reproducción y por tanto la vida misma.

3- Análisis de las mejores prácticas y lecciones aprendidas e identificación de propuestas de fortalecimiento de los Hogares de Espera Materna.

El presente capítulo tiene como objetivo identificar las buenas prácticas y lecciones aprendidas de los HEM que pueden ser un insumo para el diseño de políticas públicas del cuidado en El Salvador.

Para lograr este objetivo el capítulo se ha estructurado en tres apartados. En el primer apartado se muestran las mejores prácticas llevadas a cabo en los procesos tanto administrativos como operativos de los HEM. En el segundo apartado se exponen las lecciones aprendidas que se consideran de mayor relevancia. Y finalmente en el tercer apartado se muestra el análisis de las mismas, que permiten elaborar una serie de propuestas en pro del fortalecimiento de las dinámicas y los procesos con que cuentan los HEM.

3.1- Buenas prácticas

Podemos definir las buenas prácticas como aquellas que contribuyen de manera positiva al sano desarrollo del proceso de gestación o estancia de las usuarias dentro de los HEM; estas pueden ser orientadas a los procesos tanto administrativos como operativos, e incluso pueden llegar a instaurarse dentro de las prácticas que se dan fuera de los hogares; pero que contribuyen de forma indirecta a solventar necesidades propias de los HEM como el abastecimiento de alimentos, el acceso a transporte adecuado, la permanencia de la universalidad del servicio, etc.

Las buenas prácticas no son más que el listado de actividades que los miembros de la comunidad han realizado bajo la modalidad de comités comunitarios de apoyo a los HEM y los Directores y licenciadas como reguladores de los HEM; y que facilitaron la solución diversos problemas comunes que surgen de manera repetitiva. Entre las buenas prácticas encontradas están:

- **Buena practica 1: gratuidad y universalidad del servicio**

El punto principal a destacar por todos los Hogares de Espera Materna visitados, es que, a pesar de las necesidades y deficiencias de cada uno de los Hogares, el servicio que estos brindan continua siendo gratuito; ya que esto permite que la finalidad de los mismos afecte de manera positiva a cuantas usuarias dispongan hacer uso de dichos servicios.

Solo si se es capaz de ver el proceso de operación de los Hogares de Espera Materna desde la perspectiva de una usuaria tipo, se puede discernir lo valiosos que estos resultan, para dar cobertura a esa necesidad esencial que representa el cuidado de una gestante.

Al ser un servicio que se brinda de manera completamente gratuita, se amplía el sentido de universalidad con que fueron creados desde su concepción, es importante señalar que el servicio incluso abarca a gestantes foráneas de países vecinos que acuden a sus puertas para recibir atención prenatal, de parto o post natal.

- **Buena práctica 2: excelente atención nutricional y médica**

Otra mejor práctica que pudo identificarse en los HEM, es la atención que se les brinda a todas las usuarias en cuanto al cuidado nutricional; este lo reciben desde el día en que estas ingresan al hogar hasta el día en que son dadas de alta, de forma que al momento en que ellas ingresan se les realiza una evaluación para identificar el estado en el que se encuentran o ellas ya traen una evaluación médica; esto con el fin de darles el tipo de atención que necesitan. Algunas beneficiarias nunca han tenido este tipo de trato, o que han llegado al hogar con peso muy bajo y el cuidado que les dan en los hogares ayuda a recuperar y a prevenir riesgos.

- **Buena práctica 3: importancia de los comités de apoyo**

Dentro de la estructura de funcionamiento de los HEM, los comités comunitarios de apoyo cuentan con una relevancia fundamental, ya que son estos los que ayudan a la mantención del HEM en algunos casos en su totalidad; cuando los demás agentes involucrados en la colaboración no ejercen de manera adecuada su rol. Es decir, cuando las Alcaldías e instancias del MINSAL no gestionan de manera adecuada los recursos o debido a la falta de los mismos.

Así por ejemplo en el caso de algunos Hogares de Espera Materna ha resultado clave la intervención de los comités comunitarios de apoyo como es el caso del HEM de Perquín, que se organizó desde un principio realizando marchas informativas y campañas de acopio para colecta de alimentos que sirvieran para contribuir al funcionamiento del hogar.

Algunas de las características que reúnen los comités comunitarios de apoyo a los HEM, y que cuentan con el conjunto de acciones que constituyen las mejores prácticas que hemos identificado, son:

- Se conforman de manera voluntaria, dado que es esencial la naturaleza de servicio con la que deben contar, para poder estar prestos a atender cualquier necesidad que surja de manera imprevista; ya que alguna veces no se cuenta con los recursos suficientes para solventar las necesidades alimenticias de las usuarias, o se requiere de servicios de aseo y ornato para mantener el orden dentro de las instalaciones; así como el ambiente higiénico adecuado para la estancia de mujeres gestantes, dado que si esto no se cumple no se estarían brindando condiciones adecuadas para el internamiento de las usuarias.
- Cuentan con capacidad de autogestión, ya que al ser conformados de manera voluntaria estos no cuentan con ningún tipo de incentivo económico al momento de reunirse, planificar e implementar sus planes de acción.
- Son proactivos, proponen y exigen el cumplimiento de los estándares que impone la normativa, se mantienen al tanto de las acciones de los HEM, y mantienen una constante comunicación con sus directores y otras instituciones, de forma que pueden evaluar el estado de las usuarias y de la atención que se les brinda, así como de los cuidados que estas necesitan o para solventar necesidades.

- **Buena práctica 4: ampliación de los HEM**

Otra buena práctica es el aumento los hogares a nivel nacional y debido a estos se garantizó el parto hospitalario en un 98%, en el 2015 se tuvo 19,698 embarazadas alojadas por fecha probable de parto y más de 1,500 por otras condiciones como violencia, enfermedad psiquiátrica u otras.

- **Buena práctica 5: Cambios positivos en los patrones culturales por medio de la información, comunicación y educación**

Cabe mencionar que, en parte de las experiencias, ha habido cambio de cultura de muchos familiares. Cuando se hablaba de las embarazadas era un mito; la cultura del machismo era grandísima en algunas zonas tanto en hombres y mujeres. Antes las mujeres no tenían apoyo en el embarazo ni en el parto. Padres o esposos amenazaban y no querían contribuir. También de las parteras ha habido cambio, debido a que ese era su modo de vida; pero al ver los riesgos ahora ya recomiendan a las embarazadas asistir a los HEM.

En resumen puede apreciarse que las mejores prácticas identificadas son las que se vinculan a perpetuar el funcionamiento gratuito, universal, integral y seguro de los HEM, de forma que estos cuenten con la mejor difusión para que mayor cantidad de usuarias potenciales puedan conocerlos y hacer uso de ellos. Se espera que las mejores prácticas identificadas sigan siendo implementadas tanto por los HEM, como por los comités comunitarios de apoyo.

3.2- Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas se entienden como los aspectos del proceso tanto administrativo como operativo del funcionamiento de los HEM que representan obstáculos actuales o que en un futuro se potencializarán, poniendo en riesgo los logros alcanzados.

Es decir, es todo el conocimiento adquirido sobre los procesos o sobre una o varias experiencias alcanzadas durante el trabajo de campo que pueden o podrían haber afectado negativamente. Estos se presentan como puntos a retomar desde un enfoque de mejora continua, que permita consolidar los logros alcanzados por la estrategia de los HEM.

Las lecciones aprendidas que se evidenciaron son las siguientes:

- **Lección 1: Importancia del presupuesto**

La inversión pública en salud es determinante para el bienestar de las usuarias, el crecimiento y desarrollo sostenible de los HEM.

Los HEM que contaban con un mayor presupuesto asignaban mejor sus recursos y se desenvuelven de forma superior a los que carecían de un presupuesto suficiente y que no contaban con un comité de apoyo.

- **Lección 2: Necesidad de abordar de manera integral e integrada la educación sexual y reproductiva**

En los HEM la educación sexual y reproductiva se da en el poco tiempo de estancia de algunas usuarias, pero se desenvuelve de manera que no se están desarrollando habilidades o capacidades que conduzcan a disminuir los embarazos en adolescentes o los embarazos de multigestas. Además no se involucran a más entes que influyen en la toma de decisiones y que juegan un papel importante en el cuidado de las embarazadas como las parejas o familiares.

- **Lección 3: Compromiso de los comités de apoyo**

Los comités de apoyo son vitales en los HEM, ya que cumplen una función articuladora entre los representantes de los gobiernos locales y las comunidades, así como entre los representantes de los HEM y las usuarias de los hogares. Por tanto, los hogares en los cuales el comité estaba bien organizado de forma voluntaria y donde no buscaban beneficios económicos, es donde más ayuda proporcionaban a los Hogares y más apoyo se daba a las usuarias.

- **Lección 4: Comunicación entre los diferentes niveles**

La comunicación debe de ser fluida y eficaz entre las diferentes líneas que contempla el plan de acción de los HEM, (línea administrativa, operativa y evaluadora). En algunos HEM se tiene dificultad a la hora de trasladar a las embarazadas; aquí debe haber buena comunicación y siempre tener en cuenta que son varias vidas las que dependen de sus decisiones. Conviene mencionar la falta de apoyo que tienen los comités por parte de diferentes instituciones, personas de la sociedad civil, empresas privadas como fin benéfico y la atracción de ONG que puedan sustentar parte de las necesidades existente.

- **Lección 5: Institucionalizar la estrategia de los HEM**

La búsqueda de institucionalizar la estrategia es en base a que se genere el buen funcionamiento del hogar, sin la dependencia total del personal, a pesar de que exista rotación de personal, esta no afecte el buen funcionamiento, de igual forma tener claro la ubicación en la cual estará el Hogar. Es decir, con un protocolo previamente establecido y el cual no puede fallar ni cambiarse, donde se impulse la conducta transparente, la relevancia de la información y el establecimiento de reglas de responsabilidad administrativa de las instituciones que se involucran en los procesos para que no hayan malos entendidos.

3.3- Propuestas de fortalecimiento

Como punto concluyente del análisis propuesto hacia el plan de funcionamiento de los HEM, se plantean propuestas de fortalecimiento que se orientan a las mejoras de las líneas de acción sobre las que trabajan tanto los Hogares de Espera Materna, como los

comités de apoyo a los HEM, los gobiernos locales y los demás agentes que intervienen en el desarrollo del plan de acción, en especial a la llegada al hospital.

- **Propuesta 1: negativa a las políticas de austeridad fiscal**

Una propuesta y quizá las más importante, dado el impacto que tiene esta estrategia, es frenar la reducción del gasto público por parte de las políticas de austeridad fiscal; ya que cortar el presupuesto del MINSAL, conlleva afectar todos los servicios de salud, incluyendo los HEM; y esto supone un impacto negativo para todos los programas sociales, que benefician a la población con más necesidades. Si se tuviera mejor presupuesto, la alimentación que se da a los HEM, no recaería tanto en las personas voluntarias del comité de apoyo y por el contrario esta sería suficiente; además de evitar más muertes maternas y perinatales, con mejor la eficiencia y suficiencia de recursos.

- **Propuesta 2: ampliar cobertura.**

Así mismo se propone ampliar cobertura para personas que tienen dificultades y tienen necesidad a veces de prolongar las estancias debido a sus condiciones. Una propuesta sugerida por los comités de apoyo y las mismas usuarias, es la mejora en las condiciones de los HEM, en referencia a la infraestructura y beneficios, como la posibilidad de habilitar espacios para tener a sus hijos con ellas durante su estadía; de este modo tendría tranquilidad la embarazada al tenerlos cerca.

- **Propuesta 3: mejoras en los HEM**

Otro modo de apoyar y fortalecer esta estrategia es de concientizar a las ex usuarias; sobre la necesidad que tiene los Hogares y del apoyo que ellas pueden generar por medio de la incorporación en el comité de apoyo o crear un comité de ex usuarias en el cual busque la proactividad en apoyo al Hogar. Además, se debe cubrir de manera más integrada las charlas de salud sexual y reproductiva que se imparten en los HEM, ya que no se vio involucramiento de las parejas en este parte importante y vital del ciclo de vida. Además de impartir sobre nuevas masculinidades a ellas y a sus parejas.

- **Propuesta 4: compromisos en comunicación entre los diferentes niveles**

Como aproximación a las propuestas de fortalecimiento que se proponen, se plantea la necesidad de fortalecer en primera instancia las vías administrativas que existen entre los componentes directivos de los HEM y el MINSAL, ya que muchos de los comentarios del personal, reinciden aquellos que dan pie a una mala gestión en términos de

comunicación, que luego genera problemas de suministros tanto de material hospitalario; así como insumos alimenticios y otros necesarios para el desarrollo pleno de los servicios que forman parte de la cartera de los HEM, y en específico a la hora de llevar a las embarazadas al hospital. Conviene mencionar la falta de apoyo que tienen los comités por parte de diferentes instituciones, empresas privadas, personas de la sociedad civil, entre otras. Debido a esto se propone fortalecer la promoción de los beneficios que tienen los hogares, y generar mayor interés en los jóvenes.

- **Propuesta 5: alternativas de alimentación**

Otro factor importante como una propuesta para paliar las dificultades respecto a la alimentación: son el fomento, utilización y expansión en algunos casos de los huertos caseros. Estos generarán mayores beneficios nutricionales y al ser alimentos perecederos estarán al alcance de los HEM. Asimismo, se sugiere optar por pasantías, de los actores que participan en los hogares, para compartir experiencias, buenas prácticas y lecciones aprendidas, para implementarlas en sus propios HEM.

Anexos

ANEXO I: Entrevista a gestantes ingresadas en los HEM.



UNIVERSIDAD CENROAMERICANA
"JOSE SIMEON CAÑAS"
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
LICENCIATURA EN ECONOMIA.

Objetivo de la encuesta: Conocer el grado de satisfacción y percepción de las usuarias de Los Hogares de Espera Materna

Indicación: Conteste las siguientes preguntas con la mayor seriedad posible colocando una "X" en la respuesta que usted crea conveniente.

Entrevista

Nombre: _____

Edad: _____

Municipio: _____

HEM: _____

Estado Familiar: _____

Escolaridad: _____

1. ¿Es Primera vez que se encuentra en estado de embarazo? (si la respuesta es SI, continuar con la pregunta 3)

Sí No

2. ¿En los partos anteriores ha hecho uso de los HEM?

Sí No

3. ¿De qué forma se enteró de la existencia de los HEM?

Promotores de Salud Líderes de la Comunidad Medio sociales

Por persona que han hecho uso del servicio

Otro _____

4. ¿Quién la refirió a los HEM?

Promotores de Salud Líderes Comunitarios Otro establecimiento de salud

Por iniciativa propia

Otro _____

5. ¿Considera que los HEM, cuentan con las condiciones necesarias para atender a las futuras madres?

Sí No

¿Por qué?

6. ¿Cuál es la distancia que existe entre Centro de Hogares de Espera Materna y su casa?

10-20 mnts 30-40 mnts 40-60 mnt 1 -2 hora

Otro: _____

7. ¿Cómo califica la seguridad de la zona donde ustedes residen?

Muy Seguro Seguro Poco Seguro De Mucho riesgo

8. ¿La atención medica que ha recibido durante su estancia en los HEM, se puede calificar?

Excelente Buena Regular Deficiente

9. ¿Cuenta con algún problema de Salud/ Enfermedad Crónica/ Viral?

Sí No

10. ¿Qué es lo que más le gusta de las instalaciones?

11. ¿Qué es lo que menos le gusta de las instalaciones?

12. ¿Cómo ha sido el trato por parte del personal responsable del HEM?

Excelente Bueno Regular Deficiente

13. ¿En su estancia en HEM, ha adquiridos conocimientos sobre Educación Sexual y Reproductiva con su pareja?

Sí No

¿Con su pareja? _____

14. ¿Qué es lo que más le ha preocupado mientras ha estado aquí en el HEM?

15. ¿Qué debería mejorarse en la atención de los HEM?

ANEXO II: Entrevista a casos de éxito



UNIVERSIDAD CENROAMERICANA
"JOSE SIMEON CAÑAS"
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
LICENCIATURA EN ECONOMIA.

Objetivo de la encuesta: Conocer el grado de satisfacción y percepción de las usuarias de Los Hogares de Espera Materna

Indicación: Conteste las siguientes preguntas con la mayor seriedad posible colocando una "X" en la respuesta que usted crea conveniente.

Entrevista CASO DE ÉXITO

Nombre: _____

Edad: _____

Municipio: _____

HEM: _____

Estado Familiar: _____

Escolaridad: _____

1. ¿Porque estuvo ingresada en los HEM?

2. ¿Quién la refirió y por qué?

3. ¿CÓMO FUE SU ESTADÍA EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA (HEM)?

3.1 ¿Cuánto tiempo duro su estadía en HEM?

1-3 días 4- 6 días 7- 9 días 10- 12 días

3.2 ¿Con que frecuencia tuvo su control médico?

Diarios 2 días Semanal Nunca visito

3.3 ¿Cómo fue la alimentación recibida?

Excelente Buena Regular Deficiente

3.4 ¿Cómo fue la dotación de medicina y vitaminas?

Excelente Buena Regular Deficiente

3.5 ¿De qué manera califica el traslado de los HEM al Hospital?

Excelente Buena Regular Deficiente

3.6 ¿Cómo califica el servicio de parto, hecho por el hospital?

Excelente Buena Regular Deficiente

4) ¿Qué fue lo que más le gusto de los HEM?

5) ¿Según su experiencia, que recomendación le haría a los HEM?

ANEXO III: Entrevista a Licenciadas Materno-Infantil



UNIVERSIDAD CENROAMERICANA
"JOSE SIMEON CAÑAS"
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
LICENCIATURA EN ECONOMIA.

Entrevista a Licenciadas materno infantil

Objetivo de la encuesta: Identificar el nivel de calidad de las intervenciones implementadas en la estrategia de Hogares de Espera Materna

Hogar de Espera Materna de: _____

Información del entrevistado:

Nombre:

Cargo dentro del HEM:

Parte 1: Identificar el nivel de efectividad de las intervenciones implementadas en la estrategia de Hogares de Espera Materna.

1: Excelente

2: Bueno

3: Regular

4: Deficiente

N°	Certificación de recursos humanos	1	2	3	4
1	Cuenta con personal médico capacitado en emergencias				
2	Cuenta con personal de enfermería capacitado				
3	Cuenta con promotores de salud capacitados en la detección y referencia de cuidado de embarazadas y de emergencias				
4	Cuenta con plan de educación continua (educación sexual y reproductiva)				
5	Cuenta con capacitaciones continuas.				
	Insumos Básicos e Infraestructura				
1	Cuenta con instrumentos adecuados y suficientes (según demanda de pacientes)				
2	Cuenta con instalaciones adecuadas				
3	Cuenta con condiciones salubres				
4	Cuenta con ambientes físicos deseables: dormitorios con privacidad, sala de espera, salón de usos múltiples, área administrativa, cubículo para evaluación médica, cocina, comedor, área de lavandería, servicios sanitarios, baño, área de estacionamiento con acceso para ambulancias.				
5	Cuenta con recursos de alimentación suficientes para las gestantes y sus familiares				
6	Cuenta con insumos necesarios para huertos caseros				
	Aplicación de la Normativa				
1	Se brinda un servicio integral e integrado a favor del bienestar sanitario de la población				
2	Se realiza de forma completa y correcta el llenado de los instrumentos de HEM (hoja de referencia, exámenes de laboratorio, examen físico completo)				

3	Son ingresadas las gestantes con alto riesgo obstétrico y un familiar procedentes de comunidades de difícil acceso a los servicios de salud para la atención institucional del parto, así mismo, las gestantes con bajos ingresos económicos, que lo soliciten o que sean referidas por personal comunitario o médico.				
4	Son ingresadas mujeres en puerperio temprano sin complicaciones, de alta hospitalaria y en recuperación durante siete días post parto.				
5	Se imparte consejería sobre: planificación familiar, signos de peligro, lactancia materna, riesgo reproductivo y nutrición.				
6	Se realizan actividades como: preparación de alimentos y limpieza de cocina, actividades en huerto casero, lavado y planchado de ropa				
7	Realiza referencias de las embarazadas para su atención y seguimiento a:				
	Atención con Ginecología				
	Atención con Nutricionista				
	Atención con Psicología				
	Aplicación de los principios				
1	Cuenta con un servicio gratuito				
2	El servicio es universal (da alojamiento y alimentación a toda gestante o puérpera)				
3	Garantiza y da seguimiento a las normas de alojamiento de los HEM				
4	Vela por la óptima utilización de los recursos				
5	Mantiene estrecha coordinación con la unidad de salud y envía informes diarios, semanales y mensuales de las actividades desarrolladas en el HEM				

Parte 2: Analizar las actitudes, conocimientos y prácticas relacionadas con la salud materna y perinatal del personal que interviene, y el perfil de las mujeres embarazadas que ingresan a los Hogares de Espera Materna.

- 1- ¿Cuál es su función en los HEM?
- 2- ¿Cuál es el perfil de las embarazadas que ingresan a los HEM?
- 3- En su experiencia, ¿Cuál es el impacto que tienen los servicios que se ofrecen en los HEM sobre la reducción de la mortalidad?

ANEXO IV: Entrevista a Directores de Unidades de Salud



**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
"JOSE SIMEON CAÑAS"
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
LICENCIATURA EN ECONOMIA.**

Entrevista a Director de Unidad de Salud

Objetivo de la encuesta: Demostrar que la economía del cuidado influye sobre la implementación de los Hogares de Espera Materna y estos son esenciales dentro del ciclo de la vida (reproducción).

1. ¿Cuál es el perfil de la mortalidad materna? Y ¿Cómo inciden los hogares de Espera Materna en la baja de las muertes?
2. ¿cuál es la fuente de sostenibilidad institucional y financiera del uso de HEM?
3. ¿Qué es necesario para fortalecer los HEM?
4. ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrenta la estrategia de los Hogares de Espera Materna?
5. Siguiendo los lineamientos del FMI, el gobierno de El Salvador se ha propuesto reducir el déficit fiscal en 3% del PIB en los próximos cinco años. Esta reducción ha comenzado a operar en el año 2017, y para el MINSAL ha supuesto una reducción de su presupuesto de 40 millones de dólares en relación con el año 2016. ¿Cuál es su opinión sobre las políticas de austeridad fiscal? Y ¿Cuál es el impacto de estas sobre los HEM?

ANEXO V: Grupo Focal para Comité de Apoyo.



**UNIVERSIDAD CENROAMERICANA
"JOSE SIMEON CAÑAS"
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
LICENCIATURA EN ECONOMIA.
Grupo focal**

Comité: _____

Municipio: _____

Miembro	Cargo

- 1- ¿Para ustedes cual ha sido la experiencia más significativa, en cuanto al funcionamiento del HEM en este municipio?**
- 2- ¿Qué fortalezas y que dificultades tiene el comité? En relación a los HEM.**
- 3- Si ustedes pudieran cambiar algo en el funcionamiento de los HEM ¿Qué cambiaría?**

ANEXO VI: Álbum Fotográfico.

- Hogar de Espera Materna de Perquin.



Se ubica en el departamento de Morazán.

Fue visitado el 8 de Junio de 2017.



Huertos Caseros



Entrevista Caso de Éxito

Entrevista usuaria



Entrevista Enfermera



Entrevista Comité de Apoyo

- **Hogar de Espera Materna de Planes de Renderos**



Entrevista Comité de Apoyo



Se ubica en el departamento de San Salvador.

Fue visitado el 15 de Junio de 2017.

- **Hogar de Espera Materna de Coatepeque**



Entrevista Comité de Apoyo

Se ubica en el departamento de Santa Ana.
Fue visitado el 16 de Junio de 2017.

- Hogar de Espera Materna de Sonsonate



Entrevista a Licenciada Materno Infantil



Entrevista Caso de Éxito

Se ubica en el departamento de Sonsonate.
Fue visitado el 20 de Junio de 2017.

- **Hogar de Espera Materna de Anamorós**



Entrevista Usuaría

Se ubica en el departamento de La Unión.

Fue visitado el 23 de Junio de 2017.



**Entrevista a Directora de
Unidad de Salud**



Instalaciones

- **Hogar de Espera Materna de Puerto el Triunfo**



Entrevista Comité de Apoyo y Directo de Unidad de Salud



Entrevista Caso de Éxito

Se ubica en el departamento de Usulután.

Fue visitado el 27 de Junio de 2017.

- Hogar de Espera Materna de Cara Sucia



Entrevista Caso de Éxito



Entrevista Doctor de Unidad de Salud



Instalaciones

**Se ubica en el departamento de Ahuachapán.
Fue visitado el 29 de Junio de 2017.**

- Hogar de Espera Materna de San Gerardo

Se ubica en el departamento de San Miguel.

Fue visitado el 4 de Julio de 2017.



Entrevista a Licenciada Materno - Infantil



- ANEXO VII Cronograma de Salidas

JUNIO						
LUNES 05	MARTES 06	MIÉRCOLES 7	JUEVES 8	VIERNES 9	SÁBADO 10	DOMINGO 11
			Perquín Salida 5:00 am			
LUNES 12	MARTES 13	MIÉRCOLES 14	JUEVES 15	VIERNES 16	SÁBADO 17	DOMINGO 18
			Planes de Renderos Salida 7:00 am	Coatepeque Salida 6:30 am		
LUNES 19	MARTES 20	MIÉRCOLES 21	JUEVES 22	VIERNES 23	SÁBADO 24	DOMINGO 25
	Sonsonate Salida 6:30 am			Ahamorós Salida 5:00 am		
LUNES 26	MARTES 27	MIÉRCOLES 28	JUEVES 29	VIERNES 30	SÁBADO	DOMINGO
	Puerto Triunfo Salida 6:30 am		Cara Sucía Salida 6:00 am			
JULIO						
LUNES 3	MARTES 4	MIÉRCOLES	JUEVES 1	VIERNES 2	SÁBADO 03	DOMINGO 04
	Herradura Salida 6:30 am					

ANEXO IX: Ubicación geográfica de las gestantes existentes en una zona delimitada o Área Geográfica de Influencia (AGI)



ANEXO X: Formato de Ficha Médica de alojamiento de la embarazada

**Hogar de espera materna
Ficha médica de alojamiento de la embarazada**

Fecha _____ Hora _____ Expediente _____ Número de Cama _____

Datos generales

Nombre completo: _____ Edad: _____ (años)

Domicilio: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Profesión u oficio: _____ Religión: _____

Quién refiere: _____ Promotor de la zona: _____

Tel. de contacto: _____

Embarazo actual

G _____ P _____ P _____ A _____ V _____

FUR _____ FPP _____ Amenorrea _____ sem

Llevó controles prenatales Si _____ No _____ N° de controles _____

Lugar donde llevó controles _____

Responsable de controles prenatales: _____

Plan de Parto: Completo _____ Incompleto: _____ No lleno _____

Morbilidades presentadas durante el embarazo _____

Recibió tratamiento Si _____ No _____

Especifique _____

Examen	Primer perfil Fecha:	Segundo perfil Fecha:
Hemoglobina		
Hematócrito		
Tipo y RH		
Glucosa		
Examen de orina		
Examen de heces		
VDRL/RPR		
VIH		
OTROS		
ULTRASONIDO		

Antecedentes Obstétricos: fecha último parto _____ Presentó morbilidades durante el parto: _____ Puerperio Mórbito: _____ Via del Parto _____

Otros: _____

Antecedentes personales _____

Antecedentes familiares _____

Examen físico

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. T* _____ °C T/A _____ mmHg FC _____ x minuto
FR _____ x minuto Altura uterina _____ FCF _____ Actividad uterina _____

Apariencia general: _____

Cabeza: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales externos: _____

Describir tacto vaginal: _____

Extremidades superiores e inferiores: _____

Diagnóstico: _____

Plan: _____

Nombre y firma responsable: _____

Sello JVPM

ANEXO XI: Formato de libro de registro del HEM

Libro de registro del hogar de espera materna

Nombre del HEM: _____

UCSF _____ SIBASI _____ Región de salud _____

N°	Expediente	Nombres y apellidos de usuaria/RN	Edad	Condición de ingreso				Formula obstétrica	FUR	FPP	Amenorrea semanas	Plan de parto		
				Embarazo	Caso especial	puerperio	RN					Si		
												completo	incompleto	

Domicilio	Fecha de ingreso	Diagnóstico de ingreso	Referencia				Fecha de Parto	Via de parto	Fecha Retorno	Dias de Alojamiento	Semana Epidemiológica	Fecha de Egreso del HEM	Con quién se coordina el Egreso para su Seguimiento	Observaciones **
			quien	fecha	Lugar	Diagnóstico								

** Se anota cualquier dato de interés en la usuaria, que no se encuentra en la matriz. Ejemplo: si es por riesgo obstétrico o social, alta exigida, peso del recién nacido, nombre de quien recibió la referencia o retorno, entre otros.

ANEXO XIII: Formato de Hoja de evolución médica

Hogar de espera materna Hoja de evolución médica

Nombre: _____ Expediente _____ Cama _____

Fecha y hora _____

Entrevista a usuaria:

Verificar los signos vitales _____

Examen Físico:

Impresión diagnóstica:

Indicaciones del día: _____

Nombre y firma médico _____

Sello JVPM

ANEXO XIV: Formato de Hoja de evolución personal del HEM

Hogar de espera materna Hoja de evolución personal del HEM

Nombre: _____ Expediente _____ Cama _____
Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día (especificar hora y vía de administración de cada medicamento cumplido):

Nombre y firma _____
Sello JVPM

Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Observaciones (anotar signos o síntomas, hallazgos en el examen físico relevantes):

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día:

Nombre y firma _____

Sello JVPM

ANEXO XV: Formato de Hoja de evolución médica de puerperio

Hogar de espera materna Hoja de evaluación médica de puerperio

Fecha _____ Hora _____ Expediente _____ Cama _____

Datos generales

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha y hora del parto _____ Atendido en: _____

Vía del parto _____

Paridad: _____ Horas de evolución del puerperio: _____

Complicaciones: _____

Historia clínica: _____

Examen físico

T/A _____ mmHg FC: _____ FR _____ T° _____ °C Peso _____ Kg

Talla _____ cm

Apariencia general: _____

Cabeza: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Herida operatoria: _____

Genitales externos: _____

Episiotomía _____

Loquios: _____

Colocación de espejulo: _____

Tacto vaginal: _____

Tamaño uterino: _____

Extremidades superiores e inferiores _____

Diagnóstico: _____

Plan: _____

Nombre y firma del (la) médico(a) _____

Sello JVPM _____

ANEXO XVI: Formato de historia de parto y recién nacido por personal del HEM

Hogar de espera materna Historia de parto y recién nacido por personal del HEM.

Nombre de la madre: _____
Edad: _____ Procedencia _____ Expediente _____

Información materna

Parto atendido en: _____ por _____
Inicio de trabajo de parto: espontaneo _____ Inducido _____
Vía de parto _____ Fecha y hora de parto _____
Presentación: _____ Episiotomía: Si _____ No _____
Complicaciones durante el parto: _____

Estado actual materno _____

Recién nacido

Fecha y hora de nacimiento: _____

Complicaciones del recién nacido _____

Sexo: _____ APGAR _____

Peso al nacer _____ talla _____ PC _____

Aplicación BCG _____ Aplicación de vitamina K _____

Estado actual de/la recién nacido: _____

Fuente de información:

Carnet materno _____ Plantares _____ Otros _____

Responsable de la información: _____

Bibliografía.

- Carrasco, C (2006) “La economía Feminista: una apuesta por otra economía”
- Matthaei, J (2010) “Más allá del hombre económico: crisis económica, economía feminista y economía solidaria”, Revista Venezolana de Economía Social CAYAPA N°19, Venezuela.
- Picchio, A (2001) “Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida”, departamento de economía política, Universidad de Modena, Italia.
- Ostry, J. D., Loungani, P., & Furceri, D. (2016). *El neoliberalismo, ¿un espejismo?* FMI.
- Gómez Montoya (2015) El FMI, la reducción del Estado y el consenso de Washington ¿son una misma cosa?. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Rodríguez, C. (2015). “*Análisis Económico Para La Equidad: Los Aportes De La Economía Feminista*”. Consejo Nacional de Investigaciones y Científicas y Técnicas y Centro Interdisciplinario para el Estudio De Políticas Públicas. Buenos Aires, Argentina. Consultado el día 13 de mayo de 2017 en: <http://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/31/62>
- Corasio, A. (2012).” Aportes feministas a la comprensión y superación de la crisis”. Universidad de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Sanchis, N. (2011). “*Aportes al debate del Desarrollo en América Latina: Una Perspectiva Feminista*”. Ciudad de México, México. Consultado el día 13 de mayo de 2017 en: <https://es.slideshare.net/AnheloPirula/aportes-al-debate-del-desarrollo-en-america-latina-copia>.
- SALUD, M. D., 2017. Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”, San Salvador: MINISTERIO DE SALUD.
- SALUD, M. D., 2017. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la Redes, SAN SALVADOR: MINISTERIO DE SALUD.
- Vega, D. C., 2017. Manual de Coordinación de los HEM. s.l., s.n.
- MINSAL (2017). Guía para la operativización de la estrategia “Hogar de Espera Materna”. El Salvador, San Salvador.
- Picchio, A. (2001). “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”. En: Carrasco, C. (ed) Mujeres y economía. Barcelona: Icaria – Antrazyt

- SOCIAL, F. D. E. Y. T., 2012. *CONCLUSIONES AL SIMPOSIO “CRISIS ECONOMICA Y ESTADO DE BIENESTAR”*, VALLADOLI: FACULTAD DE EDUCACION Y TRABAJO SOCIAL .
- Menéndez, C., & Lucas, A. (2015). *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: La Importancia de contar con datos de calidad*. Barcelona: Instituto de Salud Global Barcelona.
- PNUD. (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Salud, O. M. (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- Salud, O. P. (2014). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU*. Washington, DC: Organización Mundial para la Salud.
- FOSALUD (2016). *Informe Nacional sobre el avance en la implementación del consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. El Salvador, San Salvador.
- MINSAL (2013). *Foro Internacional “Evaluación de los aportes de la Reforma de Salud en El Salvador”*. El Salvador, San Salvador.
- CEPAL (2015). *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Ciudad de México.
- MINSAL y ONU de El Salvador (2013). *El Salvador: Marco de aceleración de los ODM “Condiciones de Éxito para el logro de las metas de la Mortalidad Materna e Infantil*. El Salvador, San Salvador.
- MINSAL (2011). *Plan estratégico nacional para la reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014*. El Salvador, San Salvador.
- MINSAL Y UNICEF (2003). *Mortalidad Materna: Un problema de SALUD Pública y derechos humanos*. Ciudad de Buenos Aires
- Visión, W. (4 de Septiembre de 2015). 1. Obtenido de <http://www.wvi.org/es/dominican-republic/article/objetivos-de-desarrollo-sostenible-odm-al-2030>
- González de Alfaro, V. E. (2014). *Cumplimiento de la guía para la operativización de la estrategia de los hogares de espera materna en El Salvador*. San Salvador: Ministerio de Salud.

- Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015. New York: Naciones Unidas. en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- FOSALUD (2016). Memoria de labores, rendición de cuentas del 2015-2016. El Salvador, San Salvador.
- NACIONES UNIDAS, 2015. Obejtivos de Desarrollo del Milenio. New York, Estados Unidos. Consultado en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf .
- FOSALUD (2016). Diagnostico Situacional de Hogares de Espera Materna. El Salvador, San Salvador.
- MINSAL (2015). Boletín de indicadores del Sistema Nacional de Salud, año 2009-2015. El Salvador, San Salvador.
- SEPS (2017). Sistema Estadístico de Producción de Servicios.