

 **RETOS, OBSTÁCULOS Y OPORTUNIDADES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y MORTALIDAD MATERNA EN**

EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER (HNM)



**RETOS, OBSTÁCULOS Y
OPORTUNIDADES SOBRE LA
ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA
Y MORTALIDAD MATERNA EN
EL HOSPITAL NACIONAL
DE LA MUJER (HNM)**

2018
Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE)
San Salvador

CRÉDITOS

Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la salud materna y mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer (HNM)

614 M316r	Marchesini, Claudia Margarita, 1976-
sv	Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la salud materna y mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer (HNM) [recurso electrónico] / Claudia Margarita Marchesini; coordinación Rommel Rodríguez. -- 1ª. ed. -- San Salvador, El Salv.: FUNDE, 2018. 1 recurso electrónico : (46 p.)
	Datos electrónicos (1 archivo : en formato pdf, 5.9 mb). -- http://www.repo.funde.org/
	ISBN 978-99961-49-52-8 (e-Book)
	1. El Salvador. 2. Salud materna. 3. Mortalidad materna. I. Título.
BINA/jmh	

© FUNDE, 2018. Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación siempre y cuando se cite a la FUNDE. Los contenidos de este documento son responsabilidad exclusiva de FUNDE y en ningún caso deben considerarse que reflejan la postura de Irish Aid.

Investigadora: Claudia Margarita Marchesini

Coordinador: Rommel Rodríguez

Diseño y diagramación: Contracorriente editores

San Salvador, El Salvador, Centroamérica
Febrero, 2018

CONTENIDO

Presentación | 3

1 Introducción y antecedentes | 4

2 Metodología | 10

2.1 Tipo de estudio | 10

2.2 Delimitación del estudio | 10

2.3 Técnicas utilizadas para la recopilación del informe | 10

3 La importancia de invertir en la salud materna | 12

4 Creación del Hospital Nacional de la Mujer | 16

4.1 Observación de las condiciones del hospital | 18

4.2 Percepción de las usuarias sobre la atención de la salud materna en el hospital | 18

5 Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la salud materna y mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer (HNM) | 20

5.1 Salud Materna en El Salvador | 20

5.1.1 Retos para mejorar la salud materna | 22

5.1.2 Obstáculos de la salud materna | 25

5.1.3 Oportunidades para mejorar la salud materna | 26

5.2 Mortalidad Materna en El Salvador | 26

5.2.1 Retos para disminuir la mortalidad materna | 29

5.2.2 Obstáculos para disminuir la mortalidad materna | 30

5.2.3 Oportunidades para disminuir la mortalidad materna | 32

6 Lecciones aprendidas | 34

7 Consideraciones finales | 36

Referencias | 37

Anexos | 38

Anexo 1. Instrumento de entrevista a representantes del HNM | 38

Anexo 2. Instrumento de entrevista a representantes de la sociedad civil | 39

Anexo 3. Instrumento de entrevista a usuarias del HNM | 40

Anexo 4. Fotografías de las instalaciones del HNM | 41

PRESENTACIÓN

Esta investigación tiene por objeto presentar los retos, obstáculos y oportunidades para mejorar la atención materna y disminuir la tasa de mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer. El estudio es de tipo cualitativo y se realizó con la colaboración de diferentes autoridades del hospital, representantes de la sociedad civil con experiencia en dichos temas y usuarias del hospital. El estudio presenta una lista detallada de los retos y obstáculos que se tienen en la prestación de servicios en el referido hospital, así como oportunidades que podrían retomarse para mejorar la atención de la salud materna y contribuir a mantener la tendencia hacia la baja de la tasa de mortalidad materna en El Salvador. Al final se plantean diferentes consideraciones sobre medidas que pueden adoptarse para mejorar los aspectos presentados en esta investigación.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES



Desde el punto de vista biológico una madre es una mujer que tiene la capacidad de gestar a un embrión en la matriz. El estado de embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del **cigoto** en el útero hasta el momento del parto; la duración media de un embarazo humano normal se aproxima a los 280 días o 40 semanas a contar desde el primer día del **período menstrual**, según Cabero, Saldivar y Cabrillo (2007).

La mayoría de embarazos transcurre sin complicaciones. Según un estudio de Family Care International, cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas, 190 mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 mujeres sufren complicaciones, 40 mujeres tienen un aborto en condiciones de riesgo y una mujer muere durante el embarazo, el parto o posterior a este. El alcance de la mortalidad materna puede enmarcarse en términos de períodos de tiempo en los cuales la salud de las mujeres es más vulnerable.

Se identifican tres momentos: Durante el embarazo, durante el parto y en el postparto. Durante el embarazo las causas de muerte se deben a: (1) parto obstruido; (2) **eclampsia**; (3) aborto en condiciones de riesgo; (4) infección; (5) hemorragia grave;

(6) causas indirectas; y (7) otras causas directas. (Cabero et al., 2007).

El segundo momento de riesgo asociado a la muerte materna es durante el parto. Existen causas asociadas en este período, según DeCherney (2013) las más comunes son: (1) por cesárea cuando se les administra anestesia general con riesgo de paro cardio-respiratorio y en la administración de anestesia regional relacionado a bloqueo raquídeo, insuficiencia respiratoria y reacción a los fármacos; (2) por la edad de las parturientas mayores de más de 35 años; (3) por **miocardiopatía**; (4) por **hipertensión arterial**; (5) por **obesidad**; y (6) por **hemorragia**.

El tercer momento de riesgo de muerte es por la vulnerabilidad durante el período de postparto, entendiéndose hasta 42 días posteriores del parto. Durante el **puerperio**, es la que sucede después de la extracción o expulsión de la placenta. Las causas más frecuentes son: hemorragias e **infecciones puerperales** que se derivan del acto anestésico que se acompaña al parto vaginal o cesárea hasta provocar la muerte (Cabero et al., 2007).

Por otra parte la tasa de la mortalidad materna es un reflejo de las condiciones de salud y vida de los países, constituyendo un indicador del estado de desarrollo de los servicios de atención prenatal, parto y postparto. Tal como lo explica la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la muerte materna es el último escalón de una historia de inequidad y discriminación que inicia en la vida de la mujer y se incrementa de acuerdo a su nivel de pobreza. Los datos de mortalidad materna son necesarios a nivel internacional, para orientar la toma de decisiones de donantes y asociados para el desarrollo respecto a la asignación de recursos.

GLOSARIO

- Cigoto:** Es la célula resultante de la unión del gameto masculino con el gameto femenino en la reproducción sexual de los organismos.
- Período menstrual:** Es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos, y en el que se produce una serie de cambios dirigidos al establecimiento de un posible embarazo. La duración media del ciclo es de 28 días.
- Eclampsia:** Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. También se manifiesta por presión arterial alta, excreción de proteínas mediante la orina y , frecuentemente, edema, dolos de cabeza, zumbido de oídos y fosfenos (ver destellos de luz súbitos)
- Miocardiopatía:** Es una enfermedad del músculo cardíaco, es decir, el deterioro de la función del miocardio por cualquier razón. Aquellos con miocardiopatía están siempre en riesgo de sufrir un paro cardíaco súbito o inesperado, y con frecuencia sufren arritmias.
- Hipertensión arterial:** Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por encima de los límites sobre los cuales aumenta el riesgo cardiovascular
- Obesidad:** Es una enfermedad crónica de origen multifactorial, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo.
- Hemorragia:** Es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocado por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre de carácter interno o externo.

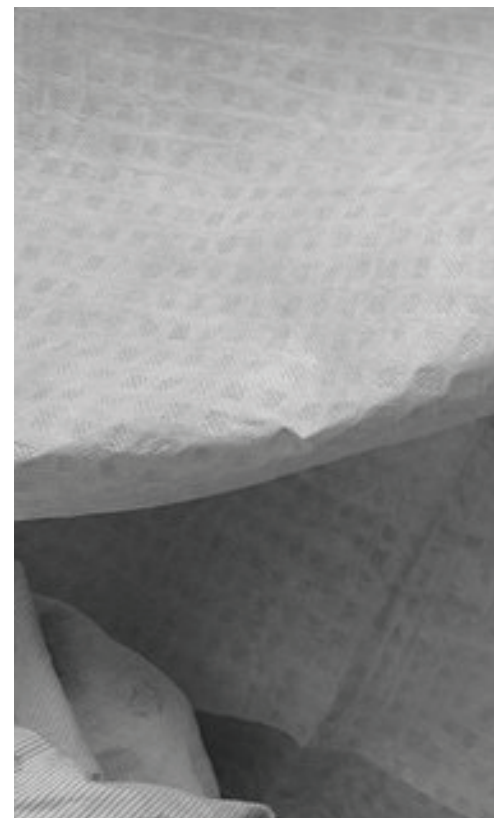
En el año 2000 los líderes del mundo adquirieron el compromiso de cumplir con 8 objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM). Su cumplimiento ayudó a que más de dos millones de personas escaparan de la pobreza extrema, a combatir el hambre, a facilitar que más niñas asistieran a las escuelas y a proteger el planeta. Tal como lo manifestó Ban Ki-Moon (2015) “(...) demasiadas mujeres todavía mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto. El progreso tiende a pasar por alto a las mujeres y a aquellas que se encuentran en los escalones económicos más bajos”.

El quinto ODM se centró en mejorar la salud materna. En 1990, cifras globales reportaban 380 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna disminuyó en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000. En el año 2013 la tasa bajó a 210 muertes, sin embargo en 2015 aumentó a 216¹. Por otra parte los nacimientos atendidos por personal de salud capacitado aumentaron de 59% a 71% desde 1990 al 2014, tal como lo explica el informe final de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015 (ONU, 2015).

1. El Informe de resultados de los ODM de 2015 reportó 210 muertes en el 2013 (página 6 de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf), sin embargo la información publicada por las Naciones Unidas sobre los ODM describe que en 2015, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 216 muertes (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>). Se trató de investigar el aumento de muertes registrado entre ambos informes, pero no fue posible determinarlo.



La tasa de la mortalidad materna es un reflejo de las condiciones de salud y vida de los países, constituyendo un indicador del estado de desarrollo de los servicios de atención prenatal, parto y postparto



A partir del 2016 se puso en marcha la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) adoptada por los países de las Naciones Unidas, quienes asumieron iniciar esfuerzos para lograr 17 objetivos en los próximos 15 años. El tercer objetivo es adoptado para garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. En la última década, se han obtenido avances en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes, relacionadas con la mortalidad materna.

Una de las metas de este objetivo es establecer que en el 2030 haya menos de 70 fallecimientos maternos por cada 100 mil nacidos vivos, ya que



la mayoría de las muertes maternas pueden prevenirse. Otras metas que deben alcanzarse dentro del tercer objetivo se relacionan con reducir las muertes por otras enfermedades o causas y con fortalecer los medios para garantizar acceso universal de los servicios de salud, entre otros (ONU, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. Con la presentación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, por parte del Secretario

de las Naciones Unidas, la OMS está colaborando con los asociados para: (1) resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; (2) lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; (3) abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; (4) reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y (5) garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (OMS, 2016).

GLOSARIO

- **Puerperio:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y se extiende el tiempo necesario para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.
- **Infecciones puerperales:** Es una inflamación séptica, localizada o generalizada, que se produce en los primeros 15 días tras el parto como consecuencia de las modificaciones y heridas que el embarazo y parto causan sobre el aparato genital.

Según la Política Nacional de las Mujeres (PNM) derivada del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU, 2014) en El Salvador el 52.9% es población femenina (3.5 millones) y el 47.1% son hombres (3.1 millones); las mujeres constituyen más del 60% de las consultas médicas y en la mayoría de los casos lo hacen por causas obstétricas y reproductivas. Con lo anterior puede inferirse que la atención de la salud materna merece garantizar la suficiencia de infraestructura, así



como el fortalecimiento de un sistema integral y accesible.

Diferentes apuestas, objetivos y medidas de la PNM para abordar la salud integral de la mujer, se enfocan en que el sistema nacional de salud sea capaz de brindar las condiciones y la respuesta institucional para garantizar a las mujeres el acceso a servicios de salud, incluyendo de manera especial la atención de la salud materna y reproductiva de las mujeres. El objetivo y medidas que se retoman en este estudio giran alrededor de la promoción de la atención prioritaria de las mujeres en salud pre y post-natal dentro de las Redes Integrales de salud y de las Maternidades a nivel nacional, para garantizar la mejora continua de los estándares de calidad, con énfasis en las adolescentes de las áreas rurales y asentamientos urbanos precarios (ISDEMU, 2014).

La Fundación Maquilishuatl (FUMA) colaboró con la implementación de la estrategia Mujer, Individuo, Familia y Comunidad (MIFC), propiciando el empoderamiento de estas personas y alcanzar la reducción de la muerte tanto de madres como de niños recién nacidos. Para ello se involucraron a jóvenes de las comunidades de ocho municipios de El Salvador, la estrategia formaba parte de un esfuerzo del MINSAL y tuvo asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La estrategia identificó que desde el 2006 se registraba un aumento progresivo de la morbimortalidad materna y neonatal, una deficiente calidad y calidez en servicios de salud, el manejo inadecuado del embarazo, parto y postparto; calcularon que el 45% de mujeres son jefas de familia y sin seguridad social e identificaron un incremento de 33% embarazos en adolescentes, entre otros (FUMA, 2010).

El Ministerio de Salud (MINSAL) lanzó el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal en el período 2011-2014. En el plan se establecieron las líneas estratégicas para reducir estas variables en El Salvador con el objeto de contar con un instrumento de referencia que permitiera lograr el involucramiento de otras instituciones y organizaciones cooperantes, tanto dentro como fuera del sector salud con el fin de crear alianzas sostenibles que aseguren la disminución acelerada de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en el país. También se buscaba proporcionar una guía para el diseño, ejecución, evaluación y control de los planes operativos locales de reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, además de proveer insumos para la elaboración de políticas y planes en salud que ayuden a establecer un presupuesto regular para la atención de la mujer y el neonato (MINSAL, 2011).

En el 2010 se lanza una reforma de salud que hizo posible en alguna medida alcanzar el cumplimiento de diferentes índices del quinto ODM. Con los resultados anteriores la ONU consideró a El Salvador como uno de 15 países capaces de cumplir de manera acelerada el ODS referente a mejorar la salud, es por ello que el gobierno salvadoreño, a partir del 2015 se comprometió con implementar una serie de estrategias y metas para reducir la mortalidad materna e infantil, combatir al VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis. Otros factores que influyeron para reducir la tasa de mortalidad materna fue la creación de los Hogares de Espera Materna y la difusión del control prenatal, incrementando la cantidad de controles del 60% al 97%, es decir cada mujer embarazada debe recibir 5 controles prenatales (FOSALUD, 2016).

La Encuesta Nacional de la Salud del 2014, a pesar de reconocer la dificultad que aún se tiene con respecto a la metodología de la obtención de los datos, reportó la mejora en la atención a las embarazadas, reflejado en la cobertura de atención prenatal que pasó del 78% en 2008 al 90% en el 2014 y la atención de controles posnatales de la madre, del 58% en 2008 contra el 95% en 2014 (MINSAL, 2014).

En general, la evaluación del grado de progreso del quinto ODM se tornó difícil debido a la falta de datos fiables de mortalidad materna. No se contaba con un sistema de vigilancia de mortalidad materna que brindara datos oficiales actualizados. Lo anterior impulsó al MINSAL en 2005, según un informe de la OPS, a realizar un estudio sobre la Mortalidad Materna durante la Etapa Reproductiva (RAMOS, por sus siglas en inglés), que consistió en identificar e investigar las causas de todas las defunciones de mujeres en edad fecunda en un área o población definida utilizando múltiples fuentes de información (entrevistas con familiares, registros civiles, registros de centros sanitarios, registros de entierros y parteras). A partir del 2005 se ha retomado el dato según el sistema de medición RAMOS (OPS, 2010).

El propósito de abordar los temas de la salud materna y mortalidad materna es contribuir a la identificación de retos, obstáculos y oportunidades en el HNM que permitan mejorar la atención a la salud materna y continuar con la disminución de la tasa de mortalidad materna para cumplir el compromiso del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre la buena salud garantizando mejores oportunidades para las futuras madres.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de carácter cualitativo, y tiene el propósito de identificar las oportunidades, retos y obstáculos que se tienen en el HNM para mejorar la atención de la salud materna y continuar reduciendo la tasa de mortalidad materna

2.2 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación se delimitó al Hospital Nacional de la Mujer que es en uno de los cuatro hospitales del tercer nivel. Se trata de un hospital de atención para la cobertura nacional en la provisión de servicios especializados de salud en áreas de emergencia ambulatoria y hospitalización, relacionado directamente con la salud materna y mortalidad materna. Los otros hospitales de referencia son el Hospital Nacional Rosales, el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y el Hospital Nacional de Especialidades. Es importante mencionar que hasta el año 2017 este hospital se llamaba Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán, a partir de ese año fue trasladado a las nuevas instalaciones —ubicadas entre 25 Avenida Sur y Calle

Francisco Menéndez, Antigua Quinta María Luisa, Barrio Santa Anita—, nombrándolo Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez.

El sistema nacional de salud está compuesto de 819 establecimientos. Abarca 786 centros de atención del primer nivel conformado por las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y otros centros de atención integral, 29 centros de atención del segundo nivel compuesto por los hospitales básicos, los hospitales departamentales y los hospitales regionales, y los 4 hospitales que componen el tercer nivel de atención de referencia regional.

2.3 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica principal fue la utilización de entrevistas semi-estructuradas realizadas a doce personas del equipo administrativo del HNM y a dos representantes de organizaciones de la sociedad civil especialistas en los temas de salud materna y muerte materna. Las entrevistas se realizaron la tercera semana de enero de 2018. Las personas del HNM entrevistadas son los responsables de: (1) La Direc-

ción, (2) la Sub-Dirección, (3) la Jefatura de División Médica, (4) Comité de Gestión y Proyección Social, (5) la Jefatura del Departamento de Enfermería, (6) la Jefatura del Departamento de Obstetricia, (7) la Jefatura de la Unidad de Pacientes Críticos (UCI), (8) la Jefatura de Servicios de Emergencia, (9) la Jefatura de Consulta Externa, (10) Apoyo de la División de Diagnóstico, (11) la Jefatura de Trabajo Social y (12) la Jefatura de Recursos Humanos. Las personas de la sociedad civil que colaboraron para este estudio pertenecen a la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) y el Instituto de Estudios de la Mujer “Norma Virginia Guirola de Herrera” (CEMUJER). Se intentó obtener información de otras organizaciones pero no se tuvo respuesta a las solicitudes.

Los resultados de las entrevistas transcritas se colocaron en una matriz de múltiples entradas para condensar y ordenar la información. La matriz se utilizó para encontrar aspectos que se debían destacar y se conformó por los nombres de los entrevistados, el cargo que desempeñan dentro de la institución y los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados.

Por otra parte el estudio comprendió la realización de entrevistas semi-estructuradas a diez usuarias del hospital seleccionadas al azar, únicamente con la condición que estuvieran embarazadas o en período de post-parto, con el propósito de comparar los resultados con los aportes obtenidos de los representantes del HNM y de los representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Este ejercicio se desarrolló durante la cuarta semana de enero. Los resultados anteriores se colocaron en una matriz de múltiples entradas para condensar la información obtenida de las entrevistas semi-estructu-



El estudio es de carácter cualitativo, y tiene el propósito de identificar las oportunidades, retos y obstáculos que se tienen en el HNM para mejorar la atención de la salud materna y continuar reduciendo la tasa de mortalidad materna

radas realizadas. La matriz se utilizó para clasificar las respuestas comunes de las divergentes y con ello conocer las percepciones generales y diferenciadas de las usuarias. La matriz de datos se construyó con las preguntas del instrumento utilizado.

Posteriormente se hizo una revisión documental en los sitios web de MINSAL, Ministerio de Hacienda, Gobierno Abierto y HNM para extraer información que fue utilizada como base para enmarcar el estudio. Con todo lo anterior se identificaron las oportunidades, retos y obstáculos que necesitan mejorarse para contribuir la reducción de la tasa de mortalidad materna.

Finalmente el estudio incluyó una observación en campo para valorar las condiciones físicas del hospital, identificando algunos hallazgos durante las visitas a las instalaciones del hospital. Dentro del ejercicio de observación en campo se identificaron aspectos relacionados, por ejemplo, con el trato que el personal del hospital brinda a las usuarias. Además la observación en campo fue de utilidad para contrastar las respuestas del personal médico del hospital y las opiniones de las usuarias. Finalmente se realizó el análisis de datos globales y se procedió a la preparación del informe.

3. LA IMPORTANCIA DE INVERTIR EN LA SALUD MATERNA

Investir en la salud materna beneficia el crecimiento económico y el gasto público en salud materna proporciona igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. En El Salvador el gasto nacional en salud alcanzó los US\$1,821.1 millones con un 6.8% del PIB en el 2016. La composición del gasto nacional en salud está conformado por un 66% de gasto público y 34% en gasto privado según el Informe de Labores del MINSAL, 2016. El cuadro No. 1 presenta el presupuesto anual votado del MINSAL desde el 2002 al 2017.

El cuadro No. 1 muestra los presupuestos anuales votados del MINSAL. El Salvador ha asignado recursos que van desde US\$232 millones en 2002 hasta US\$629 millones en 2017, aumentando al triple en un período de 15 años. En el 2016 se reporta un gasto de 2.4% del PIB. Tras el terremoto sufrido en el 2001 el presupuesto del MINSAL fue direccionado en su mayoría a la reconstrucción de los hospitales nacionales que sufrieron cuantiosas pérdidas en infraestructura. Fue hasta el 2006 que se asignaron mayores recursos para el cuidado de la salud, dentro de esto, la creación

del FOSALUD iniciando con \$20 millones anuales, hasta alcanzar US\$39.3 millones en el 2017.

Dentro del presupuesto del FOSALUD se implementaron los Hogares de Espera Materna. A partir del 2010 se cuenta con 21 hogares en el territorio nacional, la iniciativa tiene asignada US\$781,000 en promedio, sin embargo el 98% del recurso se invierte en el salario de los 75 profesionales de salud materna e infantil para atender a las mujeres que acuden a los hogares. Las casas maternas ofrecen espacios con menor riesgo si hubiera complicaciones en el parto que pudieran ocasionarle la muerte a las mujeres embarazadas.

Para la atención de la salud materna, a partir del 2013 el MINSAL asigna apoyos al Programa Ciudad Mujer por un millón de dólares anuales en promedio, para fortalecer la atención de la mujer, y desde el 2013 la [Iniciativa Salud Mesoamericana](#) aporta US\$2.2 millones en promedio anual para la morbilidad y mortalidad materna e infantil en 14 de los municipios más pobres del país.

CUADRO 1. El Salvador: Presupuesto anual votado del MINSAL (USD)

Año	Asignación Total	Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	Apoyo al Programa de Ciudad Mujer	Iniciativa Salud Mesoamericana	Fondo de Desarrollo Social de Japón	Hospital de Maternidad	Hospital Nacional de la Mujer
2002	\$231.998.300	\$0	\$0	\$0	\$0	\$8.575.545	\$0
2003	\$240.560.605	\$0	\$0	\$0	\$0	\$8.461.060	\$0
2004	\$247.435.115	\$0	\$0	\$0	\$0	\$8.350.745	\$0
2005	\$275.538.495	\$0	\$0	\$0	\$0	\$8.530.075	\$0
2006	\$313.070.830	\$20.000.000	\$0	\$0	\$0	\$8.960.540	\$0
2007	\$323.990.380	\$20.000.000	\$0	\$0	\$0	\$9.442.285	\$0
2008	\$356.726.510	\$20.000.000	\$0	\$0	\$0	\$10.292.500	\$0
2009	\$393.395.385	\$20.000.000	\$0	\$0	\$0	\$11.268.085	\$0
2010	\$390.651.645	\$20.972.670	\$0	\$0	\$0	\$11.781.685	\$0
2011	\$470.783.950	\$30.205.000	\$0	\$0	\$0	\$12.497.220	\$0
2012	\$522.606.110	\$38.570.000	\$0	\$0	\$0	\$13.629.450	\$0
2013	\$565.446.185	\$41.930.000	\$480.330	\$4.431.430	\$1.787.170	\$14.480.505	\$0
2014	\$586.312.317	\$41.405.000	\$1.177.325	\$2.400.000	\$1.414.150	\$15.747.545	\$0
2015	\$615.684.043	\$39.375.000	\$1.256.460	\$1.265.000	\$797.900	\$17.180.955	\$0
2016	\$627.811.390	\$39.375.000	\$1.300.300	\$2.052.750	\$0	\$17.904.920	\$0
2017	\$629.822.597	\$39.375.000	\$1.293.955	\$1.000.000	\$0	\$0	\$16.817.736

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda y del MINSAL.

Del 2013 al 2015 el **Fondo de Desarrollo Social de Japón** aportó \$1.3 millones en promedio anuales para el fortalecimiento de los servicios de salud materna e infantil a familias urbanas-pobres del país a efecto de contrarrestar los altos precios de los alimentos, mejorar los servicios nutricionales y proteger el desarrollo cognoscitivo y social de los niños menores de tres años en ese período. El Hospital Nacional de Maternidad ha tenido un presupuesto promedio de \$11.8 millones por año. A partir del 2017 el HNM presupuestó US\$16.8 millones para su funcionamiento. El Cuadro No. 2 presenta

el monto devengado anual del HNM desde el 2007 al 2016.

El gasto general en el HNM incrementa como el reflejo del enfoque social y la importancia que ha tenido la inversión a esta cartera del Estado. El gráfico 1 muestra que el gasto ha ido incrementando, sin embargo los retos y obstáculos identificados apuntan que los recursos de personal médico especializado no son suficientes y hay diferentes aspectos que se deben mejorar en la atención a la salud materna.

Cuadro 2. Monto devengado anual del HNM (USD)

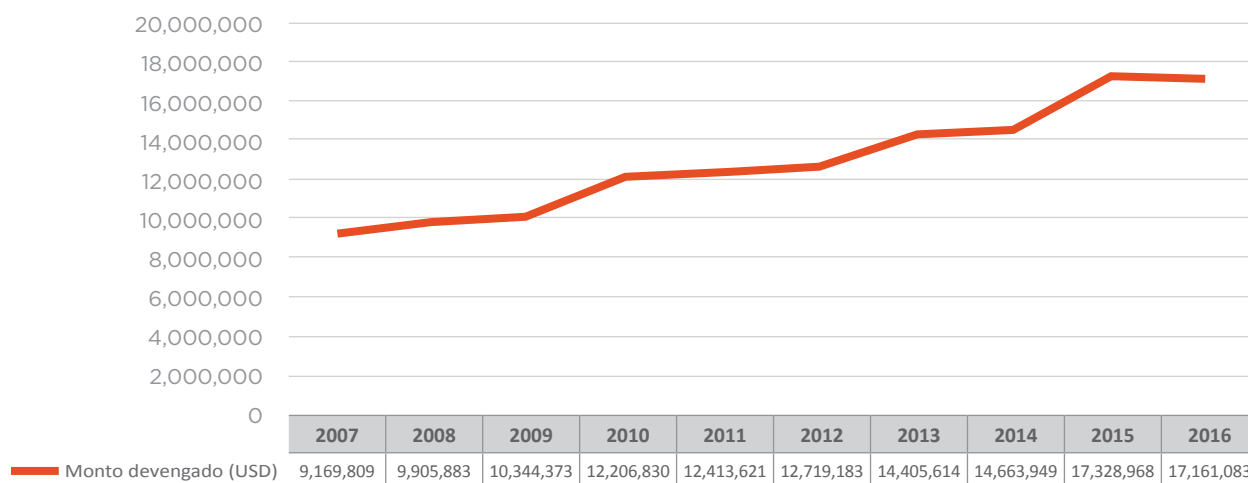
Ejercicio	Monto Devengado (USD)
2007	\$9.169.808,62
2008	\$9.905.883,42
2009	\$10.344.373,69
2010	\$12.206.830,75
2011	\$12.413.621,54
2012	\$12.719.183,90
2013	\$14.405.614,30
2014	\$14.663.949,78
2015	\$17.328.968,19
2016	\$17.161.083,22

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda utilizando la consulta parametrizada de Ejecución Presupuestaria del Portal de Transparencia Fiscal.

Para el caso se consultó a los representantes del HNM y a los representantes de la sociedad civil sobre la importancia de invertir en salud materna. Todos coincidieron que el Estado le ha dado priori-

dad a esta cartera de Estado especialmente en las gestiones de los últimos 8 años.

En consulta a la persona encargada de Servicios de Emergencia, consideró que la decisión está en consonancia con el compromiso de cumplir con los Objetivos del Milenio. Ésta ha sido una prioridad para diferentes partidos políticos de las últimas gestiones del gobierno, sin embargo, en los últimos dos períodos se ha priorizado con más fuerza, logrando reducir la tasa de muerte materna. Así también la encargada del Departamento de Enfermería argumentó que la prioridad no solo ha sido del país sino a nivel mundial. Si no se cuida la salud materna no se le entrega a la sociedad una mujer sana después de su parto y un recién nacido saludable. Un ejemplo es el caso de la prematuridad, siendo una de las principales causas de riesgo en el país, ésta puede prevenirse combatiendo las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino.

Gráfico 1. Monto devengado anual del HNM (USD)

Al respecto la directora del hospital mencionó que en el 2017 tuvieron 10 muertes. Una paciente con complicación de incumbencia hospitalaria y las otras 9 pacientes fueron recibidas en condiciones sumamente graves. La mayoría de pacientes son recibidas con co-morbilidades, pacientes embarazadas adoleciendo con patología crónica no transmisible, tal como obesidad, hipertensión, cardiopatías y problemas inmunológicos.

Es claro que desde los compromisos que adquirió el Gobierno con los Objetivos de Desarrollo del Milenio el hospital respondió con buenos resultados y hay evidencias de los logros obtenidos. Para reducir la tasa de mortalidad materna no solo se ha establecido una estrategia de vigilancia, sino otras acciones periféricas como la creación de los Hogares de Espera Materna, así también en el aumento de los partos hospitalarios que han llevado un avance de ésta gestión.

CEMUJER explicó que la priorización se vería completa si la salud materna incluyera los casos de los embarazos impuestos cuando media la violencia sexual. El Salvador tiene uno de los más altos índices de violencia sexual en la región. Cada 3 horas se suscita una violación sexual, datos del MINSAL, dan evidencia que en el 2015 hubo más de 25,000 niñas y adolescentes, entre los 9 y 19 años que resultando embarazadas y fueron atendidas en el sistema público de salud. En ese sentido habría que valorar la priorización de esta cartera del Estado.

GLOSARIO

Iniciativa Salud Mesoamericana: Es una asociación público-privada para reducir las brechas de equidad en salud en Mesoamérica que enfrentan sus poblaciones en extrema pobreza. Los donantes de la Iniciativa han comprometido fondos de donación de hasta US\$ 114 millones. La iniciativa está bajo la Fundación Carlos Slim, otros donantes destacan la Cooperación Española Internacional, Bill & Melinda Gates Foundation y el BID.

Fondo de Desarrollo Social del Japón (JSDF): Es un fondo formado por el Gobierno de Japón y el Banco Mundial como un mecanismo desligado para proporcionar ayuda directa a los grupos más pobres y vulnerables de los países miembros del Banco Mundial.



Invertir en la salud materna beneficia el crecimiento económico y el gasto público en salud materna proporciona igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. En El Salvador el gasto nacional en salud alcanzó los US\$1,821.1 millones con un 6.8% del PIB en el 2016

4. CREACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER



El Hospital Nacional de la Mujer fue construido con el objeto principal de garantizar la salud de la mujer salvadoreña y su recién nacido, basándose en estrategias de prevención, curación y rehabilitación, así también mejorar los canales de comunicación y fortalecer la educación e Investigación. El hospital fue inaugurado el 10 de mayo de 2014 bajo el nombre de Dra. María Isabel Rodríguez.

El HNM reemplazó al Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán, que funcionó 60 años y soportó los terremotos de 1965, 1986, y dos en 2001. Las autoridades del MINSAL verificaron las condiciones inadecuadas del antiguo hospital de Maternidad, el cual estaba con equipo obsoleto. Con la aprobación de un préstamo aprobado por la Asamblea Legislativa, el MINSAL compró un terreno por U\$D1.4 millones y desarrolló un programa médico funcional y arquitectónico para la construcción de cuatro edificios que constituyeron la consulta externa, hospitalización, patología y el área administrativa del hospital.

Las nuevas instalaciones se equiparon con mamografías digitales, equipos de rayos X digitales, laboratorio de inmuno-histoquímica para diagnósticos más precisos del cáncer, monitores de medición cardiovascular, cámaras de flujo laminar y ventiladores de alta frecuencia para recién nacidos graves, camas electrónicas y mayor cantidad de camas y cunas. El hospital tuvo un costo de U\$D 82.5 millones.

Todas las personas consultadas para la realización de este informe coincidieron que la construcción del HNM fue una decisión atinada para mejorar la salud materna y lo consideran como una deuda que se tenía con las mujeres del país, la infraestructura anterior llegó al término de su vida útil a causa de los terremotos antes mencionados. Además fue una oportunidad para mejorar la atención tanto de la madre como de su recién nacido. Las instalaciones son más amplias, se ha mejorado la capacidad instalada y se cuenta con los equipos tecnológicos apropiados.

La nueva infraestructura amplió el espacio físico para brindar una atención integral a las pacientes en estado de embarazo. Se mejoró el área de cuidados intensivos neonatales incrementando a 40 cunas, se amplió con 60 cunas en cuidados intermedios y 50 en cuidados mínimos de los recién nacidos. La encargada del Departamento de Enfermería explicó que la mujer puede consultar en todas las áreas que necesite en ginecología, oncología, embarazos y atención a los recién nacidos.

La creación del HNM permitió mejorar el equipo para métodos de diagnóstico y apoyo, fundamental en un hospital de tercer nivel. Así también permitió mejorar el área oncológica, siendo el HNM

la referencia de las pacientes obstétricas con patologías asociadas ya sea de origen materno o de origen fetal.

Esto permitió mejorar la atención a las pacientes ginecológicas con problemas de cáncer o neoplásicos, tanto del aparato genital como de mamas, atendiendo: úteros, ovarios, vagina y vulva. Además se mejoró la atención en patologías como diabetes, hipertensión, trastornos reumatológicos, endocrinológicos y renales que son patologías propias para ser atendidas en un hospital de tercer nivel de atención.

La creación del hospital es una acción afirmativa como una deuda histórica con las mujeres del país, relacionándolo con lo que significa ser una mujer en la sociedad salvadoreña y determinada por su rol materno. ORMUSA argumentó que: “cómo podía ser posible que el principal centro de servicio de salud para atender la maternidad llegara a las condiciones que llegó en el antiguo hospital y con un antecedente de corrupción sobre los fondos destinados a ello”. Enfatizó además que solo el hecho de haberle cambiado el nombre fue un salto desde un punto de vista simbólico.

CEMUJER coincide con la mayoría, expresando que era una deuda pendiente, sin embargo aclaró que hasta la fecha no tenían conocimiento sobre el manejo del edificio anterior y recalando que éste debería estar inhabilitado. Trajo a colación que la nueva estructura fue inaugurada cuando todavía no estaba finalizada y la evidencia lo dejó en claro, cuando en los primeros meses los medios de comunicación reportaron deterioró de las tuberías y los techos interiores poniendo de alguna manera en riesgo a las pacientes.

4.1 OBSERVACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL HOSPITAL

Los días 18 y 19 de enero se llevó a cabo una visita de observación sobre las condiciones del HNM, se tuvo la oportunidad de recorrer los pasillos del hospital e ingresar al área de espera de las salas de obstetricia, así como verificar desde la puerta de ingreso a la Unidad de Control de Pacientes Críticos (UCI), y el área de recuperación del hospital. Se observó que las pacientes embarazadas ingresadas eran atendidas amablemente, éstas se encontraban en sillas esperando su turno de ser intervenidas. Así también en una sala de espera donde las pacientes ingresan a operación, se observó una pizarra que contenía la información de las cirugías que estaban programadas ese día, en ella se identificaba fácilmente el tipo de operación a realizar, la hora, el nombre de los médicos, ayudantes, personal interno y anestesiólogos que intervendrían en cada una de las pacientes. Lo anterior permitió evidenciar el nivel de planificación y orden dentro del hospital.

Se observó en las áreas a las que se tuvo acceso que tanto el personal de enfermería, la mayoría de doctores y el personal del área de consulta externa brindaban trato amable a las pacientes ambulatorias y asimismo el buen trato que se le daba a las pacientes internas en las salas de espera. Se observó así también que el HNM cuenta con una cantidad numerosa de personal conformado por estudiantes e internos, siendo el HNM un “Hospital Escuela”, tal como lo mencionó la directora en la entrevista realizada para este estudio.

Con respecto a las condiciones físicas del hospital, la ubicación de las salas de cirugías se encontraban bien identificadas, adecuadas y limpias, además los pasillos internos del hospital tienen un sistema de

códigos de colores para referenciar fácilmente la ubicación de cada sala especializada. Sin embargo, como excepción, se evidenció que la iluminación general dentro de los pasillos y las salas de espera es bastante débil, además no se evidenció la instalación de extintores contra incendios en los pasillos a los que se tuvo acceso.

4.2 PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA EN EL HOSPITAL

El 22 de enero se realizaron entrevistas semi-estructuradas para conocer sobre el servicio de atención materna que presta el HNM, para ello se entrevistaron en las afueras del hospital a 10 usuarias embarazadas, al momento de haber recibido



control prenatal o esperando turno para ingresar a recibir dicho control. Esto permitió conocer que el período de embarazo de las usuarias rondaba desde los 2 meses (8 semanas) hasta los 8 meses (32 semanas). La cantidad de controles prenatales que habían recibido se encontraba entre 3 y 4 controles, según la información publicada por FOSALUD deben ser 6 controles como mínimo y pueden aumentar dependiendo del caso.

9 de las 10 mujeres contestó que le habían suministrado todos los medicamentos para el control prenatal. Los medicamentos suministrados por el hospital iban desde las vitaminas prenatales, el ácido fólico y el calcio, entre otros. Una de las entrevistadas manifestó que en una ocasión no le entregaron los medicamentos porque en ese momento

no tenían abastecimiento de los mismos. Así también 9 de las 10 afirmaron que no habían tenido necesidad de comprar medicamentos porque éstos habían sido entregados por parte del hospital y les habían realizado los exámenes correspondientes de los controles prenatales.

Por otra parte se determinó que 3 de las 10 usuarias del HNM se encontraban en estado de riesgo a su salud. Los riesgos que padecían dichas mujeres eran diversos, desde diabetes, hipertensión arterial, placenta previa, fibromatosis y antecedentes de parto prematuro de un primer embarazo.

Al preguntar a las usuarias de cómo calificarían el servicio de atención del Hospital ya sea como malo, regular o bueno, el 90% dijeron que el servicio de atención es bueno. En términos generales describen que el trato que brindan enfermeras, enfermeros, doctoras y doctores es amable, una de las entrevistadas enfatizó que el trato amable de los enfermeros hombres es mejor que las enfermeras, y excepto la opinión de una entrevistada, dijo que el servicio de emergencia nocturno es deficiente.

Finalmente, el sondeo reveló que el gasto adicional que hacen las mujeres embarazadas por su cuenta para llegar al hospital y recibir los controles prenatales tiene un promedio de USD 15; los costos oscilan dependiendo del lugar de procedencia. Una usuaria gasta alrededor de USD 40 entre transporte y alimentación porque provenía de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, ubicado en la zona oriental del país; además, otra gasta USD 30 porque provenía de La Hachadura, departamento de Ahuachapán, zona occidental de El Salvador, finalmente las entrevistadas restantes gastan entre USD 5 y USD 10 en transporte por la cercanía del Hospital.



La creación del HNM permitió mejorar el equipo para métodos de diagnóstico y apoyo, fundamental en un hospital de tercer nivel. Así también permitió mejorar el área oncológica, siendo el HNM la referencia de las pacientes obstétricas con patologías asociadas ya sea de origen materno o de origen fetal.

5. RETOS, OBSTÁCULOS Y OPORTUNIDADES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y MORTALIDAD MATERNA EN EL HNM

5.1 SALUD MATERNA EN EL SALVADOR

Según la OMS la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto y el posparto. Esfuerzos como la implementación del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal del MINSAL; la Política Nacional de las Mujeres (PNM) del ISDEMU; y la estrategia Mujer, Individuo y Comunidad (MIFC) han contribuido a elevar la cobertura nacional, la cual se muestra en el cuadro No. 3 presentando el indicador de cobertura nacional de inscripción prenatal de 10 a 49

años y el porcentaje nacional de partos atendidos por personal, calificado en mujeres de 10 a 49 años desde el 2005 al 2016.

El gráfico 2 muestra que en 2009 la cobertura nacional de inscripción de las mujeres embarazadas para control prenatal incrementó en 29.8 puntos, de 53.4% en 2008 a 83.2% en 2009 y en el 2011 alcanza la mayor cobertura con un 90.7%. Así también el porcentaje nacional de partos atendidos por personal calificado ha venido incrementándose anualmente, alcanzando a partir del 2014 el mayor porcentaje con 99.9% manteniéndose a la fecha.

Cuadro 3. El Salvador: Porcentaje de cobertura nacional de inscripción prenatal de 10 a 49 años y porcentaje nacional de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años

Ejercicio	Porcentaje de cobertura nacional de inscripción prenatal de 10 a 49 años	Porcentaje nacional de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10-49 años
2005	52.4	87.2
2006	51.8	89.6
2007	51.9	93.1
2008	53.4	95.0
2009	83.2	97.5
2010	87.1	98.0
2011	90.7	98.0
2012	85.3	99.5
2013	76.6	99.8
2014	84.0	99.9
2015	88.1	99.9
2016	76.3	99.9

Fuente: Elaboración propia en base a información de los boletines estadísticos del MINSAL

Gráfico 2. El Salvador: Porcentaje de cobertura nacional de inscripción prenatal de 10 a 49 años y porcentaje nacional de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años



Uno de los objetivos principales de la administración pública en 2009 era garantizar la salud a la mayor cantidad de personas a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud, fortaleciendo lo público y regulando lo privado. El proceso del sistema suponía una reforma significativa en la que se definieron 25 estrategias y líneas de acción para implementar. Algunas de las más importantes se mencionan a continuación: Desarrollar el Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud Integral, fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS); crear el Instituto Nacional de Salud; crear un sistema único de información de salud para la vigilancia epidemiológica universal con la producción de servicios de salud en todos los componentes y niveles del sistema; coordinar y concertar con el sector privado de provisión de servicios de salud de acuerdo con criterios de aumento de cobertura, complementariedad y costo/operatividad; incrementar eficacia, eficiencia y calidad de los hospitales del segundo y tercer nivel; y potenciar la figura de los promotores de salud en el primer nivel, entre otros.

El nuevo modelo se concentró en el primer nivel de atención en la red, constituyendo los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares), los Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS especializados) y las visitas de los promotores de las Unidades de Salud para atender a las personas que no pueden asistir a las mismas. La creación de los equipos permitió mejorar los indicadores de cobertura a nivel general, incluyendo la salud materna. De 2010 a 2014 se inauguraron 573 ECOS.

El propósito de los ECOS es llevar atención a las comunidades que no son cubiertas por encontrarse

en lugares lejanos y ser unidades de prevención de enfermedades. Sin embargo, durante el 2017 solo se inauguraron 3 ECOS debido a la inseguridad que afecta al país, pues el riesgo que corren los equipos comunitarios cuando brindan servicios de salud a zonas consideradas de alto riesgo es un grave inconveniente.

5.1.1 Retos para mejorar la salud materna

Bajo el concepto de salud materna se consultó a las máximas autoridades y al staff del HNM, así como a representantes de organizaciones de la sociedad civil relacionadas con este tema para determinar los retos, obstáculos y oportunidades en el HNM. Los resultados se presentan a continuación. Los retos son diversos, algunos se pueden alcanzar al corto plazo y se considera que es relativamente fácil lograrlos, otros conllevan mayor complejidad y coordinación interinstitucional. A continuación se amplían los retos identificados:

- a) **Mejorar la cobertura y el presupuesto asignado, así como disminuir la sobrecarga de pacientes por cada médico.** Los entrevistados consideran que se debe reforzar la cantidad de personal médico especializado para mejorar la atención. Según el presupuesto 2017 el HNM cuenta con 806 plazas a tiempo completo por un monto de U\$D 11,072,500.00. Del total de plazas 643 está conformado por personal técnico, el resto es personal ejecutivo, administrativo, de servicio y obra. Por otra parte garantizar los insumos necesarios y contar con buen equipo mejoraría la atención materna del hospital. Según la jefatura de Servicios de Emergencia existe un límite de atención de 15 minutos por



Según la OMS la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto y el posparto



consulta para cumplir los lineamientos. Ese tiempo debería ser duplicado, pues en ocasiones las pacientes no perciben conexión con los servicios médicos, por esta razón se pierde la confianza en la atención brindada. La percepción es que la gente no confía en los servicios de salud públicos e ingresan temerosas que algo malo les puede suceder.

- b) **Sensibilizar a la población para que hagan uso del resto de hospitales nacionales, para desconcentrar la atención en el HNM, pues el costo de atención es mayor en este.** La manera para alcanzar este reto es modernizar los otros hospitales. Existe la implicación que el nivel de atención del hospital es caro para atender partos normales, por ejemplo en un hospital periférico cuesta USD 200 atender un

parto, por el contrario en el HNM el costo es USD 800 aproximadamente implicando mayor consumo de recursos e insumos.

- c) **Brindar una atención con calidad y humanidad y llegar a una actitud más comprometida, humanizada y dispuesta a cambiar actitudes.** El desafío es que la paciente se retire satisfecha y sin ninguna complicación.
- d) **Atender consultas por demanda espontánea,** a este tipo de pacientes se brinda la atención, pero la situación retrasa el manejo de la paciente crítica. Si el enfoque solo se centrara en la atención como tercer nivel, se podría brindar atención más oportuna. Para el caso, las pacientes críticas que requieren atención inmediata se les da prioridad y todos los recursos se avocan para ello.

- e) **Atender situaciones psicológicas de las pacientes provenientes de la violencia o con situaciones críticas de pobreza.** A veces se ofrece atención a las mujeres que se encuentran deprimidas, pero el apoyo no es suficiente. El hospital tiene médicos con muchos casos por atender y los médicos no tienen el tiempo suficiente de entablar una relación con las pacientes para detectar un problema psicológico de fondo. Dichas situaciones se detectan cuando las pacientes no comen y lloran, muchas veces se atienden a adolescentes que han sido violadas y no expresan dichas situaciones. Lo importante es investigar los motivos por los cuales las pacientes se encuentran en un estado depresivo y el hospital solventaría estas circunstancias si contara con más psicólogos.
- f) **Reforzar la Clínica de Alto Riesgo Reproductivo para concientizar con mayor cobertura a las pacientes que no son aptas para un embarazo.** En el HNM se observan casos de mujeres que optan embarazarse y luego son casos de patología de alto riesgo.
- g) **Fortalecer la cultura y la educación de las pacientes permite avanzar en la buena salud materna,** este aspecto evita desenlaces fatales. El hospital ha tenido casos de pacientes que ceden ante el machismo y se embarazan arriesgando su propia salud, por ejemplo casos de pacientes con cardiopatías u obesidad. En el hospital existe la Consulta Pre-Concepcional que brinda las indicaciones pertinentes y precisas para la mujer que decide quedar embarazada. En esta instancia se explican los riesgos que conlleva un embarazo.
- h) **Levantar y construir evidencia acerca del trato hacia las mujeres en estado de embarazo,**

parto y puerperio. La meta es tener partos humanizados que estén libres de toda forma de violencia. Se debe levantar una línea base para conocer cuáles son las principales prácticas tanto de los centros médicos especializados en salud materna como de los aspectos que enfrentan las mujeres en el sistema de salud.

- i) **Discutir el tratamiento del SIKA en las mujeres embarazadas y asegurar un manejo adecuado del Estado sobre el tema.** A nivel internacional el SIKA se diagnóstica como una enfermedad parecida al dengue y al chikungunya, sin embargo también es una enfermedad que se adquiere por medio de transmisión sexual, entonces públicamente no ha tenido un manejo adecuado el cual se relaciona con la salud materna.



5.1.2 Obstáculos de la salud materna

Según los entrevistados los obstáculos no difieren mucho de los retos que tiene el hospital, sin embargo a continuación se desarrollan los de mayor relevancia:

- a) **No se cuenta con permanencia de personal especializado las 24 horas del día y los 7 días de la semana en el hospital**, para asegurar una atención con mayor eficiencia y cumpliendo con la demanda que tiene el hospital. Según el informe de evaluación del HNM del 2017 los servicios finales programados totalizaron 175,729 y los servicios finales realizados fueron 169,792. Los servicios finales incluyen emergencias, consulta externa médica, egresos

hospitalarios, partos, cirugía mayor y medicina crítica. Por otra parte los servicios intermedios programados fueron 910,897 y los realizados totalizaron 779,771. Finalmente los servicios generales programados fueron 718,517 sin embargo la demanda alcanzó 1,382,201 servicios.

- b) **El Presupuesto es limitado** ya que existe la necesidad de mejorar el equipo médico. Sin embargo consideran que a pesar que cuentan con equipo tecnológico e insumos médicos éstos no son suficientes.
- c) **El abastecimiento de medicamentos** no está reforzado dentro del HNM para superar situaciones tales como las hemorragias postparto y la eclampsia, entre otras.
- d) **El recurso humano no es suficiente**. Hace falta personal tanto de enfermería y médicos de turno. Por ejemplo en el área de atención a recién nacidos se atienden alrededor de 200 niños diarios. El HNM atiende aproximadamente de 35 a 40 partos cada día y el recurso humano con el que cuenta el hospital no es suficiente.
- e) **La cantidad de médicos encargados de la salud mental es escasa**, el hospital cuenta con médicos con la especialidad, sin embargo para la demanda que existe no se logra dar la cobertura necesaria. Los médicos del hospital necesitan más tiempo para detectar si existen problemas en el sistema emocional de las pacientes, con ello marcarían una gran diferencia.
- f) **Las programaciones de las citas médicas en el hospital no son eficientes**. Los períodos de programación de citas son muy cortas, lo anterior se da concretamente en el Servicio de Consulta Externa. Sin embargo en general dentro del hospital lo que respecta a la atención de emergencias, se atienden de inmediato. Por ejemplo, el hospital recibe a una paciente referida de otro



Uno de los objetivos principales de la administración pública en 2009 era garantizar la salud a la mayor cantidad de personas a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud, fortaleciendo lo público y regulando lo privado

centro de salud y necesita ser programada con control prenatal adicional, sin embargo, la paciente se retira con una cita programada en 30 o 45 días posteriores, lo cual dificulta en gran medida el control de la misma. Una posible solución es una adecuada selección de las pacientes para hacer una programación de citas más eficiente. La saturación de las citas médicas ocasiona la debilidad de una programación adecuada.

- g) La educación sexual y de salud de las mujeres es débil.** No hay una cultura de prevención sobre educación sexual, de auto-conocimiento y cuidado. En ocasiones el hospital atiende a mujeres embarazadas con diagnósticos críticos y el personal se da cuenta que no hubo conocimiento previo de dichas pacientes para haber realizado una atención temprana. El primer nivel de atención de salud ha sido reforzado para llegar hasta el lugar donde viven las mujeres embarazadas y se ha detectado que no hay un auto-cuido.

- b) Los Comités Científico y Académico del HNM deberían estar conformados por profesionales contratados por horas y no ad-honorem, así el funcionamiento de lo mismo podría mejorarse.** Los Comités son los responsables para monitorear y analizar diariamente el quehacer del hospital para mejorar en todo sentido.
- c) Mejorar el servicio durante los turnos nocturnos.** Por ejemplo si llegan 5 pacientes y solo se encuentra un médico dando atención durante la noche, lo más probable es que la atención no sea óptima y se pueden escapar detalles importantes que se deben considerar durante la emergencia. Lo anterior coincide con los comentarios de una usuaria del hospital que colaboró para la investigación.
- d) Convertir a los hospitales en centros de consejería,** serviría para conocer hasta qué punto se escucha realmente a la mujer para que tome sus propias decisiones.

5.1.3 Oportunidades para mejorar la salud materna

Las oportunidades se centran principalmente en la deficiencia de la cantidad de recurso humano dentro del hospital, al respecto la mayoría de los entrevistados coincidieron. A continuación se citan otras oportunidades expresadas por los entrevistados.

- a) Formar médicos competentes y entregar buenos profesionales al país, contando con capacitación permanente.** El HNM es un Hospital Escuela, existe el compromiso ético y moral de entregar a la sociedad, médicos y [neonatólogos](#) competentes con un alto nivel científico.

5.2 MORTALIDAD MATERNA EN EL SALVADOR

Según criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha establecido una definición de carácter universal para la muerte materna: Es aquella que ocurre por cualquier causa que afecte a la mujer durante el embarazo, el parto y dentro de los 42 días siguientes al mismo por cada 100 mil nacidos vivos.

Las muertes maternas pueden ser de causa obstétricas y no obstétricas. Las primeras pueden ser directas o indirectas. La directa y por tanto obstétrica, está relacionada con tratamientos o intervenciones incorrectas durante el embarazo. La indirecta pue-

Cuadro 4. El Salvador: Tasa de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100,000 nacidos vivos

Año	Tasa de mortalidad materna institucional (directas e indirectas) x 100,000 nacidos vivos
1999	47.0
2000	67.9
2001	63.0
2002	51.0
2003	71.0
2004	47.8
2005	71.2
2006	65.4
2007	57.3
2008	47.3
2009	56.0
2010	51.8
2011	50.8
2012	42.3
2013	38.0
2014	52.6
2015	42.3
2016	27.4

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Boletines estadísticos del MINSAL.

de ser por agravamiento de una enfermedad de la mujer o que se desarrolle en los tres períodos señalados. Las muertes no obstétricas son por causas que no tienen relación con el embarazo: accidente, homicidio y otros, lo anterior según Cabero, Saldívar y Cabrillo (2007). En términos más amplios el cuadro No. 4 presenta la tasa de mortalidad materna en El Salvador desde 1999 al 2016.

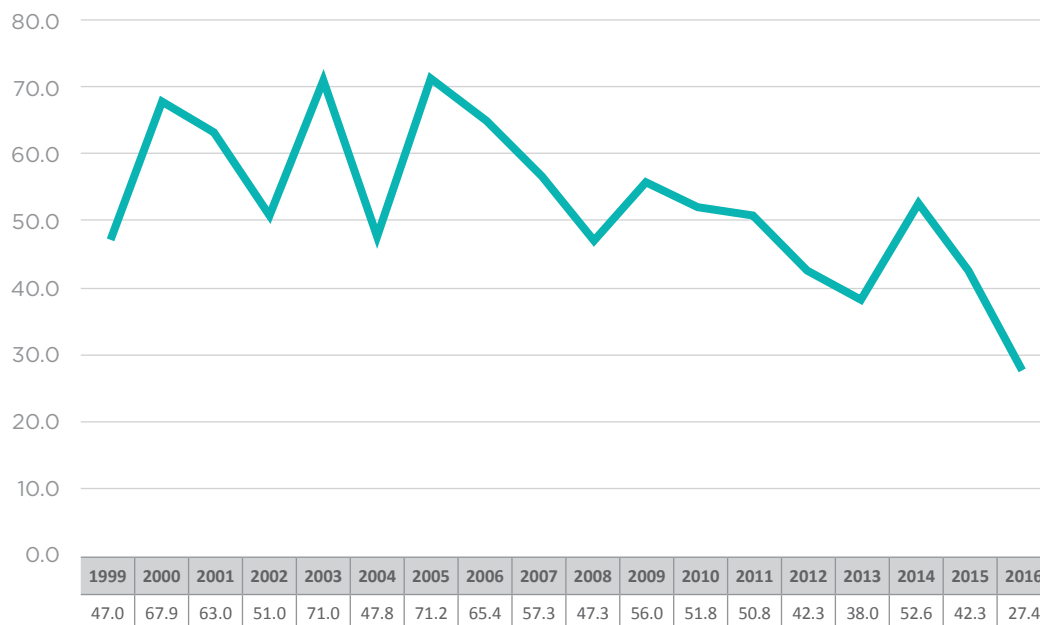
GLOSARIO

Neonatólogo: Es el médico que se especializa en el cuidado de la salud de un recién nacido. La neonatología es una rama de la pediatría que se ocupa de las enfermedades y desórdenes en los recién nacidos y, por lo tanto, se ocupa de la atención de los recién nacidos.



Según criterios de la FIGO y OMC, se ha establecido una definición de carácter universal para la muerte materna: es aquella que ocurre por cualquier causa que afecte a la mujer durante el embarazo, el parto y dentro de los 42 días siguientes al mismo por cada 100 mil nacidos vivos

El gráfico No. 3 muestra una tasa de mortalidad materna variable desde 1999 al 2009. A partir del 2009 se observa una tendencia a la baja alcanzando una tasa de 38 muertes por 100 mil nacidos vivos en 2013. En el 2014 incrementa nuevamente y desde del 2015 ha ido disminuyendo drásticamente de 42.3 a 27.4 muertes maternas y alcanzando la más baja registrada en el 2016.

Gráfico 3. El Salvador: Tasa de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100,000 nacidos vivos

Para el MINSAL la mortalidad materna continúa siendo uno de los indicadores más sensibles de equidad, por lo que su reducción es una prioridad. Para lograr esta reducción el MINSAL implementó diferentes estrategias tales como: (1) funcionamiento de 21 Hogares de Espera Materna (HEM) en todo el territorio nacional, (2) coordinación entre personal del primer nivel de atención y el Foro Nacional de Salud, (3) habilitación de hospitales de la red de maternidades con gineco-obstetra, 24 horas para la atención del parto, (4) supresión de cobros por consultas prenatales, atención del parto y hospitalización, (5) continuidad a la implementación del códigos de emergencia, (6) auditorías al 100% de los casos de muerte materna, (7) formación de 14 facilitadores en curso de emergencias obstétricas certificados por la Sociedad de Ginecología Obstétrica de Canadá, y (8) la implementación de

las clínicas de alto riesgo para atención de mujeres en edad fértil con patologías o condiciones de alto riesgo.

Según la Evaluación de desempeño del HNM en el período enero-diciembre 2017, la Unidad de Cuidados Críticos ha desempeñado en los últimos dos años, a partir de 2016 una labor de alto impacto en la reducción de la mortalidad materna, que de 31 muertes que se tuvieron en 2015 (con un uciólogo agregado por 8 horas) se redujo a 12 en 2016 con un decremento de más del 60% de las muertes maternas, esta tendencia se mantuvo para el 2017. Lo anterior ha sido gracias a la contratación de uciólogos para cubrir las 24 horas los 365 días del año a mujeres afectadas por complicaciones y/o morbilidades gineco-obstétricas de alta letalidad.

Al respecto se consultó a las autoridades del HNM y representantes de sociedad civil que fueron partícipes de la investigación para conocer los retos, obstáculos y oportunidades que existen en el hospital para reducir la tasa de mortalidad materna. Los resultados se presentan a continuación.

5.2.1 Retos para disminuir la mortalidad materna

En términos generales, los retos para garantizar una tasa de mortalidad baja se concentran en mejorar la atención de la salud materna en los centros de salud del primero y segundo nivel de atención más que en el HNM como hospital de tercer nivel. Sin embargo en el HNM se identificaron situaciones difíciles que deben mejorarse para contribuir con la disminución de la tasa de mortalidad materna. A continuación se explican los retos de manera pormenorizada.

- a) **Fortalecer los centros de salud de primero y segundo nivel de atención.** La importancia radica porque de ahí provienen las pacientes en estado grave y que son recibidas en el hospital. El personal del HNM está trabajando con las Redes Integrales e Integradas del Servicio de Salud (RIISS) como mecanismos para disminuir la morbi-mortalidad materna. Con la instauración de las RIISS, el reto es lograr buenos diagnósticos y realizar una referencia a tiempo y con pertinencia hacia los hospitales de tercer nivel, para evitar que las pacientes lleguen con un estado grave al HNM.
- b) **Reforzar la calidad de atención que están brindando los niveles primarios y secundarios de atención,** con el fin que las pacientes que llegan al HNM no alcancen una condición de riesgo. Lo

anterior debe ser prevenido desde los centros donde fueron atendidas con un impacto inicial.

- c) **Mejorar el presupuesto del hospital.** El recurso económico es insuficiente para contratar personal médico con las capacidades técnicas de asistencia médica. Si no hay recursos económicos, los insumos y medicamentos son escasos. Existe un déficit presupuestario muy importante para la atención de calidad de las pacientes embarazadas.
- d) **Alcanzar la meta: cero muertes maternas en el HNM.** Es un reto grande porque es el deber ser, que se relaciona en gran medida con la educación de las mujeres embarazadas, con las capacidades técnicas del personal de salud, con las políticas de Estado, con la cultura de trabajo y con el uso adecuado del presupuesto asignado.
- e) **Generar políticas públicas que mejoren el entorno social y político del país para disminuir la delincuencia que afecta a la población con énfasis en las mujeres.** Por ejemplo, el hospital tiene pacientes abusadas, muchas veces niñas violadas y adolescentes sin ninguna educación sexual.
- f) Los promotores y educadores de salud y los centros de atención de primer nivel deben tomar las medidas necesarias para desarrollar acciones de prevención de las mujeres en estado de embarazo, por ejemplo, cuidar a las pacientes que padecen diabetes y promover estilos de vida saludables para que no llegue a una hipertensión que complicaría el cuadro de salud.
- g) **Incidir en las enfermedades crónicas durante el embarazo.** En los últimos años se ha confirmado que ésta es una de las primeras causas de mortalidad materna y no tanto las complicaciones obstétricas como en el pasado. Para

que lo anterior cambiara se establecieron estrategias dentro del hospital, ahora es un reto trabajar para combatir las enfermedades crónicas propias de la mujer embarazada. Tal como lo comentó la jefatura del Departamento de Obstetricia. Además las pacientes ven el embarazo como una situación tan natural que no tienen conocimiento de todas las complicaciones que la combinación embarazo-enfermedad crónica puede llevarlas hasta la muerte.

h) Todo el personal del hospital debe tener la misma línea estratégica de pensamiento, sin

embargo es difícil lograrlo. Existe personal médico que no piensa bajo un enfoque administrativo, es necesario asumir el compromiso de los médicos para buscar una educación continuada y lograr una tasa de mortalidad cero. La tecnología cambia, lo que se aprendió hace tres años probablemente ahora está desfasado, probablemente funcionaba en cierto nivel con tecnología de hace 10 o 15 años, pero hoy es diferente, lo nuevo brinda mejor evidencia científica y con mayor efectividad.

i) Mantener el contacto personal con las pacientes. Por otra parte una situación difícil es el hecho que el avance en la tecnología trae un efecto no deseado, muchas veces *el médico pierde el contacto directo con la paciente.* Algunos diagnósticos se reconocen solo con ver, hablar y tocar al paciente. La tecnología tiende a distanciar, ya no se tiene contacto directo con la paciente porque se observa un monitor, perdiéndose así *la humanidad en su trato.*

j) Se deben mantener programas de salud sexual y reproductiva como un elemento que contribuye a la salud materna, de tal manera que los embarazos no sean precoces y sean planificados, disminuyendo la carga emocional de las mujeres.



5.2.2 Obstáculos para disminuir la mortalidad materna

Los obstáculos identificados para mantener una tasa de mortalidad materna baja en el HNM son similares a los obstáculos identificados para brindar atención de calidad a la salud materna. A continuación se explican los mismos de manera puntualizada, según los entrevistados.

- a) **La referencia de los otros centros de salud no es oportuna.** Las pacientes con diagnósticos especializados deberían referirse en cuanto se les detecta una determinada patología, pues la paciente ingresa al hospital referenciada tardíamente. Las limitantes podrían ser externas al hospital, aduciendo que la mayoría de pacientes ingresan al hospital referidas de otros centros de atención con grados de complejidad avanzados y esto podría indicar que el problema es del HNM. La solución radica en que los sistemas de detección temprana de primero y segundo nivel de atención sean efectivos.
- b) **Problemas sociales y económicos que enfrentan las pacientes no les permiten recibir oportunamente servicios de salud.** La madre o mujer embarazada no puede acudir a la unidad de salud porque vive en una zona sectorizada por las pandillas. La embarazada tiene que buscar otra unidad de salud porque no puede asistir a la unidad de salud propia de su comunidad. El ejercicio mismo de la promoción de salud el trabajo de las promotoras y promotores de salud ha sido encomiable en sus funciones, su propio personal ya no puede llegar a las comunidades a visitar a los usuarios del sistema de salud pública por la inseguridad en la región. Si se invirtiera tal situación la salud materna estaría asegurada en gran medida.
- c) **El hospital no cuenta con la cantidad necesaria de personal médico especializado.** Si bien es cierto que tiene suficientes médicos gineco-obstetras, es necesario tener más especialistas de medicina intensiva, médicos cirujanos y **radiólogos**. Por ejemplo hay mujeres que sufren hemorragias severas en sus partos, en los hospitales de países avanzados se tiene radiólogos que cauterizan algunas venas durante la

intervención, administran medicamentos para el sangrado y no hay necesidad de realizar una operación quirúrgica. Dentro del HNM el tratamiento de las hemorragias implica cirugías innecesarias. Se debe entender que el hospital debe apuntar a una inversión inicial grande, y al largo plazo implica menos costos económicos hacer un procedimiento de radiología; así mismo muchas pacientes ya no pasarían en cuidados intensivos y mayor tiempo en convalecencia.

- d) **Controles prenatales de baja calidad.** Los controles prenatales que se registran, a veces pareciera que se limitan a llenar un registro por cumplir un requisito, sin brindar la consejería y la orientación que incluye una consulta y por lo tanto síntomas de riesgo.
- e) **El riesgo de tener personal practicante y darse casos de negligencia médica.** Existe la posibilidad que sea asignado a un practicante una paciente con riesgos, y los riesgos no sean detectados a tiempo, o le dé un diagnóstico inadecuado. Sin embargo, lo anterior es detectado en las auditorías de casos determinando que hubo mal manejo, sin embargo el error humano siempre existe.

GLOSARIO

Radiología: Es la especialidad médica, que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos (rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos, entre otros) y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico y, en menor medida, para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades.

- f) Situación de inseguridad.** El hospital se enfrenta al hecho que no puede contactar a las pacientes externas por la situación de inseguridad en el país, muchas veces no se puede hacer la búsqueda de las pacientes lo que implica un grave obstáculo. En ocasiones es imposible localizar a las pacientes.
- g)** El Salvador tiene una cultura de violación fuertemente arraigada, además, el factor remedial de la violación es generalmente un embarazo. Hay leyes que prohíben la interrupción del embarazo y esto determina un fuerte mensaje: En El Salvador se puede embarazar a una mujer de manera forzosa. Cuando los embarazos son impuestos en la vida de las mujeres, hay un impacto no sólo en la salud física, sobre todo por la edad y los grupos etarios donde se da la mayor victimización, es decir, las niñas y las adolescentes, sino por todos los desencadenantes socio-emocionales que pueden impactar desde esos embarazos.

5.2.3 Oportunidades para disminuir la mortalidad materna

Los entrevistados expresaron que existen todavía circunstancias dentro del HNM en las cuales cabe la posibilidad de disminuir aún más la tasa de mortalidad materna. A continuación la descripción de las mismas con mayor detalle.

- a) El HNM ha logrado tener una comunicación más fluida con los otros hospitales del tercer nivel.** Existe comunicación directa con el Hospital Nacional Rosales, porque es especialista de las patologías que padecen algunas mujeres embarazadas. La mujer embarazada ingresa al HNM con morbilidades como diabetes, tiroides, nefropatías, y estas se han tratado eficientemente con la comunicación establecida, sin embargo se puede mejorar.
- b) Mejorar los estándares de cuidado desde los primeros niveles de atención.** Para el HNM dichos niveles de atención son la base fundamental. El hospital puede tener todos los equipos de tercer nivel, puede tener la mejor UCI y los equipos con tecnología avanzada, sin embargo las pacientes que ingresan con grado de complejidad alto, sino ingresan referidas a tiempo, poco se puede hacer.
- c) No subestimar el grado crítico de las pacientes que recibe el hospital proveniente de otros centros de salud.** Las pacientes que han tenido complicaciones en sus embarazos anteriores son pacientes que necesitan un estudio completo en un embarazo posterior, muchas veces esos estudios no se realizaron y lograrlo podría marcar una diferencia.
- d) Remitir a las pacientes con riesgo al área oportuna para evitar complicaciones.** Un ejemplo son las pacientes con lupus, en algunas ocasiones las pacientes no se diagnostican con dicha enfermedad o no saben que la padecen, deciden embarazarse y el cuadro se torna crítico. Si el diagnóstico se hubiera detectado a tiempo se refieren al Hospital Rosales para ponerla en control y mejorar su condición.
- e) Disminuir la tasa de cesáreas en el hospital.** Está demostrado a nivel mundial que las cesáreas se asocian con mayores problemas como infecciones y sangrados, por ejemplo, hace tres años se hizo un estudio sobre hemorragias en Cuidados Intensivos en el hospital y alrededor del 80% de las mujeres tiene sus partos por cesáreas. Estos procesos se han

creado para evitar problemas con los bebés y su madre, sin embargo en la actualidad parece que hay un abuso a la indicación. Disminuir el porcentaje de partos por cesárea ayudaría a disminuir el grado de sangrados e infecciones y muchas mujeres podrían ahorrarse un problema hemorrágico, adicionalmente se podrían reducir costos. Sin embargo, hay casos en los que sí es necesario. La cesárea ahorra dolores de parto, es más rápido pero tiene consecuencias inmediatas que pueden ser perjudiciales. El proceso tiene ventajas porque anteriormente habían muchos casos de muertes por partos obstruidos y la cesárea ha evitado que esto suceda. Sin embargo, en el hospital 3 o 4 de cada 10 mujeres tienen su parto por cesárea y eso es bastante alto, la OMS recomienda que no sobrepase el 15% y el hospital duplica esa cantidad.

f) Revisión de los casos post-turno que realiza la administración del HNM. Este es un factor que

ha influido en la disminución de la mortalidad materna, ahora el hospital realiza auditorías para encontrar hallazgos y no se buscan culpables, sino encontrar dónde ocurrió la falla, lo que permite mejorar.

g) Retomar las auditorías de las muertes maternas. Las auditorías mensuales consisten que por cada muerte materna se convocan a los representantes de los niveles de atención, desde el local al regional, para a determinar dónde estuvo el error y determinar cuál fue el fallo. Luego corregir el fallo en el nivel departamental correspondiente. En la actualidad con una tasa de mortalidad baja bastante manejable se pueden hacer perfectamente éstas auditorías.

h) La oportunidad de *continuar con las Unidades de Atención Pre-concepcional (UAP), del tercer nivel, ubicada en Olocuilta y aumentar la cantidad de Casas de Espera Materna a nivel nacional.*

6. LECCIONES APRENDIDAS

Para el presente estudio se han identificado importantes lecciones aprendidas que según los representantes del HNM y de las organizaciones sociales involucradas en los temas de la salud materna y muerte materna son determinantes para continuar mejorando en estos temas. A continuación se presentan los detalles:

- a) **Conformar equipos de respuesta rápida dentro del HNM.** Primero teniendo los equipos técnicos para detectar el riesgo y prevenir la muerte materna. Segundo los comités de reacción inmediata con la implementación de los códigos de emergencia: código rojo para evitar la muerte de la paciente por hemorragia, el código amarillo para atender procesos infecciosos y el código naranja para el manejo inmediato de la [toxemia](#) en el embarazo, evitar la eclampsia y hemorragia intra-craneana. En resumen la activación de los códigos de manera oportuna. Así lo argumentaron la directora y la encargada del Trabajo Social del hospital
- b) **Haber creado la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos maternos (UCI) con personal competente las 24 horas del día.** Así lo enfati-

zó la directora del hospital: Ésta es la máxima apuesta porque es el único hospital que cuenta con médico uciólogo, un jefe experto en UCI y un segundo experto fuera de UCI las 24 horas, si hay una paciente con complicaciones en parto, se activa el equipo de uciólogos. Cuando se tiene una paciente referida en condición crítica, el equipo médico de UCI está en la puerta esperando a la paciente. Lo anterior es vital porque el paciente que amerita UCI es porque se tiene la certeza que tendrá un deterioro o una falla multisistémica en minutos, por ejemplo, deterioro de riñones, corazón, pulmones y el inicio de una complicación. Así lo argumentó la directora del hospital.

- c) **Entender que la tasa de mortalidad materna puede disminuir aún más,** tomando medidas como: el control prenatal adecuado, capacitando al equipo médico, enfermeras y promotores de salud que visitan semanalmente a las embarazadas en sus casas.
- d) **Contar con ginecólogos preparados en los centro de atención del primer nivel,** o como mínimo que el médico general de la unidad de salud se encuentre capacitado para dar una



Consolidar estrategias establecidas para el involucramiento de todas las disciplinas en la calidad de atención para la paciente



referencia oportuna a las mujeres embarazadas con riesgo, lo anterior va a permitir bajar la tasa de mortalidad materna.

- e) **Consolidar estrategias establecidas para el involucramiento de todas las disciplinas en la calidad de atención para la paciente.** Hasta el momento el enfoque de atención de calidad es lo que han entendido como la base para disminuir la mortalidad materna y neonatal. Así lo argumentó la Jefa de Obstetricia.
- f) **Investigar y estudiar constantemente avances en la medicina para asegurar la calidad del servicio que los médicos brindan a las pacientes,** si tiene que enfrentar una situación poco conocida y no saben cómo tratarlo tienen la obligación de investigarlo y estudiarlo.
- g) **Aplicación de equipos médicos multidisciplinarios.** Incorporar otras especialidades en el cuidado de las pacientes. Los médicos del hospital han aprendido que con el sistema que trabajan se hace prácticamente de todo. La múltiple disciplina incluye trabajadores sociales, psicólogos, cirujanos, internistas y **hematólogos** entre otros. Así lo argumentó el Jefe de Servicios de Emergencia del hospital.

- h) **Trabajar conjuntamente entre las áreas administrativa y la asistencial** para dar respuesta con base a resultados y determinar la manera de mejorar la cobertura diaria a las pacientes contando con médicos de staff. En alguna medida eso ha fortalecido en la disminución de la tasa de mortalidad materna.

GLOSARIO

☒ **Pre-eclampsia o toxemia en el embarazo:** Es una complicación del embarazo asociada a hipertensión y proteinuria. En su forma más grave evoluciona a eclampsia. La toxemia es un trastorno del organismo causado por la presencia de toxinas en la sangre.

☒ **Hematólogos:** Especialista médico que se encarga del estudio de la sangre, de sus componentes (glóbulos blancos, glóbulos rojos, hemoglobina, proteínas plasmáticas, etc.) y de los órganos que se relacionan, como la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo, etc.

7. CONSIDERACIONES FINALES



El reto principal en sí mismo es garantizar que la cantidad de muertes maternas por causas obstétricas y no-obstétricas no incremente, y es totalmente factible detener la muerte materna para que más niños cuenten con sus madres

La metodología empleada para esta investigación permitió contar con la colaboración de las mismas autoridades y representantes de la sociedad civil, determinar una línea de aproximación para abordar los temas de salud materna y mortalidad materna desde un contexto general hasta un contexto más específico.

Es necesario que el HNM fortalezca la atención materna con mayor cantidad de médicos especialistas de las enfermedades más comunes que afectan a las mujeres embarazadas, por ejemplo diabetes, lupus y enfermedades renales, entre otras. Es importante que la permanencia del equipo médico preste servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana para disminuir la incidencia de las emergencias que llegan referidas de los centros de atención del primero y segundo nivel. Lo cual supone un aumento en el presupuesto que se asigna anualmente al hospital.

Se debe fortalecer, en términos generales, los servicios de atención del primero y segundo nivel para disminuir el riesgo que las pacientes embarazadas pierdan la vida, sin embargo éste es un compromiso amplio que involucra al Ministerio de Salud. Por

otra parte es necesario aumentar el presupuesto para asegurar el abastecimiento de medicamentos tanto para las consultas de control prenatal como para la atención de emergencias. Esta medida contribuye a prestar una mejor atención materna dentro del hospital.

Al desarrollar la investigación se logró determinar que la percepción que tienen los propios representantes sobre la atención que presta el HNM es mucho más rigurosa. Lo anterior se considera un aspecto relevante importante por destacar porque determina el compromiso que se tiene al interior del mismo.

Es necesario abordar los diferentes planteamientos para conocer cómo se pueden superar los retos y obstáculos identificados, y cómo se pueden potencializar las oportunidades encontradas. Con ello se alcanzan los objetivos de garantizar la salud de las mujeres y su recién nacido, contribuyendo con la tendencia a la baja de la tasa de mortalidad materna a partir del 2018. El reto principal en sí mismo es garantizar que la cantidad de muertes maternas por causas obstétricas y no-obstétricas no incremente, y es totalmente factible detener la muerte materna para que más niños cuenten con sus madres.

REFERENCIAS

- ▣ Alan H. DeCherney, MD (2013). Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- ▣ Family Care International. Maternidad sin riesgo: Para que la salud y los derechos reproductivos de la mujer sean una realidad. (s.f.). Recuperado el 6 de noviembre de 2017, a partir de: <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/safemot-sp.pdf>
- ▣ Fondo Solidario para la Salud (2016). Memoria de Labores y Rendición de Cuentas 2015-2016. San Salvador.
- ▣ Fundación Maquilishuatl (2010). Empoderamiento de Mujeres, Individuos, Familias y Comunidades para la reducción de la mortalidad materna y neonatal con participación de adolescentes y jóvenes. Experiencia en El Salvador.
- ▣ Iniciativa Salud Mesoamericana. (s.f.). Recuperado el 7 de noviembre de 2017, a partir de: <http://www.saludmesoamerica.org/es/iniciativa-salud-mesoamerica/iniciativa-salud-mesoamerica-inicio,1904.html>
- ▣ Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2014). Política Nacional de las Mujeres. San Salvador, Edición Nidia Umaña y Janine Osorio.
- ▣ L. Cabero Roura, D. Saldivar Rodríguez y E. Cabrillo Rodríguez (2007). Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- ▣ Ministerio de Salud (2009). Reforma de Salud en El Salvador 2009-2012. El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud.
- ▣ Ministerio de Salud (2011). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal, 2011-2014
- ▣ Ministerio de Salud (2014). Informe final de la Encuesta Nacional de Salud 2014. Recuperado el 7 de noviembre de 2017, a partir de: <http://www.salud.gob.sv/14-12-2016-informe-final-de-la-encuesta-nacional-de-salud-2014/>
- ▣ Ministerio de Salud (2016). Informe de Labores 2016-2017. El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud.
- ▣ Ministerio de Salud (2017). Evaluación enero-diciembre 2017 del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”. El Salvador.
- ▣ Organización de las Naciones Unidas (2015). Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. Recuperado el 30 octubre de 2017, a partir de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- ▣ Organización de las Naciones Unidas (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. Recuperado el 30 octubre de 2017, a partir de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ▣ Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna (2016). Recuperado el 1º de noviembre de 2017, a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ▣ Organización Panamericana de la Salud (2010). ODM 5 El Salvador. Situación de la Salud Materna, Retos y Desafíos para el 2015. Recuperado el 6 de noviembre de 2017, a partir de: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos-1&alias=263-odm-5-el-salvador-situacion-de-la-salud-materna-retos-y-desafios-para-el-2015&Itemid=364

ANEXO 1.

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA A REPRESENTANTES DEL HNM



Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la Salud materna y Mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer

Instrumento de entrevista a las autoridades del Hospital Nacional de la Mujer

Objetivo: Explorar con las autoridades de Hospital Nacional de la Mujer sobre la atención que prestan a la salud materna, lecciones aprendidas y factores que permiten tener un nivel bajo de mortalidad materna.

Persona entrevistada:	Fecha:
Lugar:	Hora:

1. ¿Cómo interpreta la decisión de crear el Hospital Nacional de la Mujer?

2. ¿Cree Usted que la salud materna es una prioridad del gobierno?

3. ¿Cuáles son los retos que usted cree se deben enfrentar para mantener la tasa de mortalidad materna baja?

4. ¿Cuáles son los obstáculos que impiden disminuir aún más la tasa de mortalidad materna?

5. ¿Podría mencionar una oportunidad para que la tasa de mortalidad materna no suba?

6. ¿Cuáles son los retos que usted cree se deben enfrentar para prestar atención materna eficiente?

7. ¿Cuáles son los obstáculos que usted identifica que impiden mejorar aún más la atención a la salud materna?

8. ¿Podría mencionar una oportunidad para que la atención materna sea eficiente?

9. ¿Cuáles son algunas lecciones aprendidas que usted cree se han tendido sobre la tasa de mortalidad y atención a la salud materna?

10. ¿Cree usted que es posible, con las condiciones actuales, continuar con la baja en la tasa de mortalidad materna?

ANEXO 2.

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA A REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL



Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la Salud materna y Mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer

Instrumento de entrevista a representantes de sociedad civil

Objetivo: Explorar con las autoridades de Hospital Nacional de la Mujer sobre la atención que prestan a la salud materna, lecciones aprendidas y factores que permiten tener un nivel bajo de mortalidad materna.

Persona entrevistada:	Fecha:
Lugar:	Hora:

1. ¿Cómo interpreta la decisión de crear el Hospital Nacional de la Mujer?

2. ¿Cree Usted que la salud materna es una prioridad del gobierno?

3. ¿Cuáles son los retos que usted cree se deben enfrentar para mantener la tasa de mortalidad materna baja?

4. ¿Cuáles son los obstáculos que impiden disminuir aún más la tasa de mortalidad materna?

5. ¿Podría mencionar una oportunidad para que la tasa de mortalidad materna no suba?

6. ¿Cuáles son los retos que usted cree se deben enfrentar para prestar atención materna eficiente?

7. ¿Cuáles son los obstáculos que usted identifica que impiden mejorar aún más la atención a la salud materna?

8. ¿Podría mencionar una oportunidad para que la atención materna sea eficiente?

9. ¿Cuáles son algunas lecciones aprendidas que usted cree se han tendido sobre la tasa de mortalidad y atención a la salud materna?

10. ¿Cree usted que es posible, con las condiciones actuales, continuar con la baja en la tasa de mortalidad materna?

ANEXO 3.

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA A USUARIAS DEL HNM



Retos, obstáculos y oportunidades sobre la atención de la Salud materna y Mortalidad materna en el Hospital Nacional de la Mujer

Instrumento de entrevista a usuarias del Hospital Nacional de la Mujer

Objetivo: Explorar con usuarias la atención que reciben del Hospital Nacional de la Mujer.

Persona entrevistada:	Fecha:
Lugar:	Hora:

1. ¿Cuántas semanas o meses tiene de embarazo?

2. ¿Cuántos controles pre-natales le han realizado?

3. ¿Le han suministrado los medicamentos de control prenatal?

4. ¿Cuáles medicamentos le han suministrado?

5. ¿Le han practicado los exámenes para controlar su embarazo?

6. ¿Ha tenido usted que comprar algún medicamento que no le hayan entregado en el hospital?

7. ¿Se encuentra en estado de riesgo de salud durante el embarazo?

8. ¿Cuál es el riesgo de salud que padece?

9. ¿Cómo califica la atención del HNM? Mala, regular, buena:

10. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la atención que presta el hospital?

11. ¿Cuánto gasta usted para venir a sus controles prenatales (transporte, comida, otros)?

ANEXO 4.

FOTOGRAFÍAS DE LAS INSTALACIONES DEL HNM



📍 FOTOGRAFÍA 1

Algunos pasillos del hospital no tenían una iluminación adecuada. Se evidenció adicionalmente que estos no contaban con extintores contra incendios.

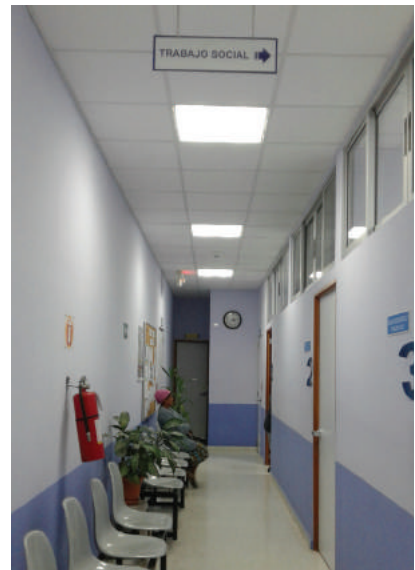
Fotografía tomada el 19 de enero 2018.



📍 FOTOGRAFÍA 2

Los pasillos se encuentran debidamente señalizados indicando la guía para ubicar las salas de atención bajo un código de colores. Se observó buena limpieza en las áreas visitadas.

Fotografía tomada el 19 de enero 2018



📍 FOTOGRAFÍA 3

El Área de Trabajo Social es aceptable, al momento de la visita se brindaba atención a 3 pacientes.

Fotografía tomada el 19 de enero 2018.



FOTOGRAFÍA 4

El Área de Consulta Externa se encuentra debidamente equipada, las consultas finalizan a la 1:00 p.m.

Fotografía tomada el 19 de enero 2018.



FOTOGRAFÍAS 5 Y 6

Puertas y pasillo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Fotografías tomadas el 18 de enero 2018

**FOTOGRAFÍAS 10 Y 11**

Áreas de consulta y zonas exteriores del Hospital. Se observó orden y buen trato tanto a las pacientes externas como a las internas.

Fotografías tomadas el 19 de enero 2018

**FOTOGRAFÍA 12**

Vista panorámica exterior del HNM.

Fotografía tomada el 19 de enero 2018

RETOS, OBSTÁCULOS Y OPORTUNIDADES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA
SALUD MATERNA Y MORTALIDAD MATERNA EN EL HNM

funde
Fundación Nacional
para el Desarrollo

Calle Arturo Ambrogi #411, entre 103 y 105 Av. Norte,
Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador.
P.O. BOX 1774, Centro de Gobierno
PBX: (503) 2209-5300
Fax: (503) 2263-0454
E-mail: funde@funde.org
comunicaciones@funde.org
Página web: www.funde.org



ISBN 978-99961-49-52-8



9 789996 149528 >